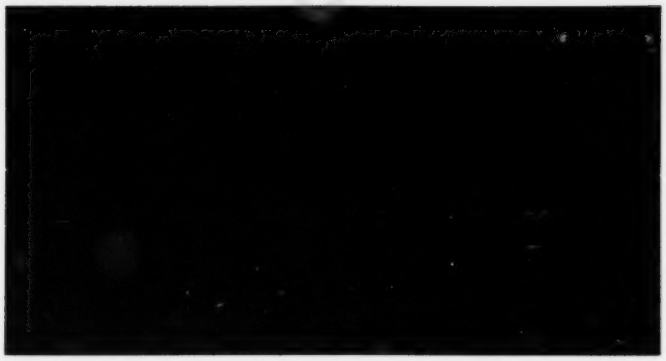
Agence de la santé et des services sociaux

Rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services 2006-2007

Québec



Rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services 2006-2007

DE

L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE

ET

DES ÉTABLISSEMENTS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE

Adopté par le conseil d'administration
le 20 septembre 2007

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
Québec

Auteure
Alexandrine Côté
Commissaire régionale aux plaintes et à la qualité des services

Collaborateurs du secteur des plaintes et de la qualité des services
Robert Baril
Agent de planification, de programmation et de recherche

Diane Racette
Agente de planification, de programmation et de recherche

Secrétariat et mise en pages
Nancy Gosselin

Révision et corrections
Joanne Gagnier

Responsable de l'édition
Jean-François Lapierre

Pour obtenir une copie de ce document

Copie papier
Secteur Gestion des connaissances – Vente de publications
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
1255, rue Beauregard
Longueuil (Québec) J4K 2M3
(450) 928-6777, poste 4213

Copie électronique
Site Internet de l'Agence : www.rrsss16.gouv.qc.ca

Reproduction autorisée à des fins non-commerciales avec mention de la source

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007
Bibliothèque et Archives Canada, 2007
ISBN 978-2-89342-391-3

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte

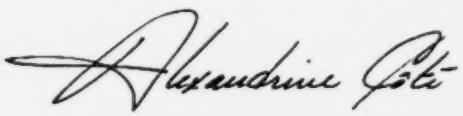
MOT DU COMMISSAIRE RÉGIONAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Le présent rapport vise à informer la population et les établissements de santé et de services sociaux des activités du commissaire régional au cours de l'année 2006-2007 et à dresser le bilan des plaintes de la région pour cette même période. Il a aussi pour but de transmettre un bilan consolidé de l'application de la procédure d'examen des plaintes au conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux et au ministère de la Santé et des Services sociaux. Finalement, il fait état de la somme des activités des commissaires locaux et du commissaire régional, dont les fonctions sont de s'assurer que les droits des usagers soient respectés et de contribuer à l'amélioration de la qualité des services par le biais de recommandations. À cet égard, les recommandations des commissaires ont permis de revoir l'offre de service ainsi que les façons de faire en adaptant celles-ci aux attentes des usagers. Ces gestes ont et auront pour effet d'accroître la satisfaction de la clientèle quant aux prestations du réseau de la santé et des services sociaux.

À la lecture de ce bilan, on constate que les plaintes sont un indicateur important de la capacité du système à répondre aux besoins de la population, surtout dans le contexte où l'année 2006-2007 est une année de transition à la suite de l'adoption du projet de loi 83 dont les effets se poursuivront d'ailleurs sur le bilan de 2007-2008.

Les données compilées indiquent majoritairement que la population est satisfaite, et ce, considérant le nombre d'habitants dans la région montérégienne, le nombre de dossiers de plaintes reçues et le peu de révision de deuxième palier par le Protecteur du citoyen ou le comité de révision des établissements lorsque l'usager est en désaccord avec les conclusions des commissaires ou des médecins examinateurs. Néanmoins, il faut continuer à améliorer certains services selon la mission des établissements et de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

En terminant, je remercie tous les collaborateurs du réseau qui s'investissent dans l'amélioration des services et le respect des droits des usagers dans un environnement où les demandes sont nombreuses. Je tiens également à remercier les usagers qui démontrent de la confiance envers les commissaires en leur faisant part de ce qui se passe dans le réseau, de ce qu'ils vivent et de ce qu'ils espèrent.



Alexandrine Côté
Commissaire régionale aux plaintes et à la qualité des services

TABLE DES MATIÈRES

FAITS SAILLANTS 9

INTRODUCTION 11

CHAPITRE I PLAINTES TRAITÉES PAR L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE 13

1. Cadre de référence ayant servi à analyser le bilan 15

2. Demandes d'assistance et de consultation 16

2.1 Commissaire régional de l'Agence 16

2.2 Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) 17

3. Diverses données générées par les dossiers de plaintes 17

3.1 Auteur et mode de dépôt 17

3.2 Délai de traitement 18

3.3 Bilan des dossiers conclus et fermés 19

3.4 Objets de plaintes 20

3.5 Objets de plaintes par secteur d'activité en fonction des catégories d'objets 22

3.6 Niveau de traitement 23

3.7 Principales mesures correctives et suivi 24

4. Interventions traitées en vertu du pouvoir du commissaire régional 25

4.1 Auteur et mode de dépôt 25

4.2 Délai de traitement 26

4.3 Bilan des dossiers 26

4.4 Motifs des interventions 27

4.5 Motifs d'intervention par secteur d'activité en fonction des catégories d'objets 27

4.6 Principales interventions et mesures correctives 28

5. Signalements concernant les résidences privées 28

6. Dossiers d'amélioration continue de la qualité des services 29

CHAPITRE II PLAINTES TRAITÉES PAR LES ÉTABLISSEMENTS DE LA MONTÉRÉGIE 33

7. Présentation 35

8. Plaintes traitées par les établissements 35

8.1 Auteur et mode de dépôt 35

8.2 Délai de traitement 37

8.3 Bilan des dossiers conclus 37

8.4 Objets de plaintes 39

8.5 Niveau de traitement 40

8.6 Principales mesures correctives des commissaires locaux et des médecins examinateurs 41

9. Plaintes traitées par mission 42

9.1 Auteur et mode de dépôt 42

9.2 Délai de traitement 44

9.3 Bilan des dossiers conclus 44

9.4 Objets de plaintes 46

9.5 Niveau de traitement des dossiers et principales mesures correctives 47

9.6 CHSLD privés conventionnés et non conventionnés 53

CONCLUSION 55

ANNEXE I 57

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I – Volume et provenance des demandes 16
Tableau II – Auteur de la plainte 17
Tableau III – Délai de traitement des plaintes conclues 18
Tableau IV – Bilan des dossiers de plaintes 19
Tableau V – Évolution des plaintes par secteur d'activité 20
Tableau VI– Objets de plaintes 20
Tableau VII – Niveau de traitement des objets de plaintes 23
Tableau VIII – Mesures correctives des plaintes 24
Tableau IX – Délai de traitement des interventions 26
Tableau X – Bilan des dossiers d'intervention 26
Tableau XI – Objets de demandes d'intervention 27
Tableau XII – Mesures correctives des interventions 28
Tableau XIII – Signalements des résidences privées 29
Tableau XIV – Auteur de la plainte 35
Tableau XV – Mode de dépôt 36
Tableau XVI – Évolution du mode de dépôt 36
Tableau XVII - Délai de traitement des plaintes conclues 37
Tableau XVIII – Bilan des dossiers de plaintes traités par les établissements 37
Tableau XIX – Évolution des dossiers de plaintes 38
Tableau XX – Objets de plaintes 39
Tableau XXI – Objets de plaintes par année 40
Tableau XXII – Niveau de traitement des objets de plaintes en établissements 41
Tableau XXIII – Mesures correctives 42
Tableau XXIV – Auteur de la plainte 43
Tableau XXV – Mode de dépôt 43
Tableau XXVI – Délai de traitement des plaintes conclues 44
Tableau XXVII – Bilan des dossiers de plaintes traités 45
Tableau XXVIII – Évolution des dossiers de plaintes 45
Tableau XXIX – Objets de plaintes 46
Tableau XXX – Niveau de traitement des objets de plaintes dans les CH 47
Tableau XXXI – Niveau de traitement des objets de plaintes dans les CLSC 48
Tableau XXXII – Niveau de traitement des objets de plaintes dans les CHSLD 49
Tableau XXXIII – Niveau de traitement des objets de plaintes dans les CJ 50
Tableau XXXIV – Niveau de traitement des objets de plaintes dans les CR 51
Tableau XXXV – Mesures correctives 52
Tableau XXXVI – Délai de traitement – CHSLD privés conventionnés et non conventionnés 53
Tableau XXXVII – Objets de plaintes – CHSLD privés conventionnés et non conventionnés 53

LISTE DES FIGURES

Figure 1 – Répartition de l'assistance et des accompagnements du CAAP vers diverses instances du réseau.17
Figure 2 – Dossiers de plaintes par secteur d'activité.....19
Figure 3 – Évolution des plaintes versus les objets de plaintes 21
Figure 4 – Objets de plaintes par secteur.....21
Figure 5 – État de situation de l'application des mesures correctives 25
Figure 6 – Objets des demandes d'intervention.....27
Figure 7 – Proportion des dossiers conclus.....35
Figure 8 – Évolution - auteur de la plainte 36
Figure 9 – Évolution du mode de dépôt.....36
Figure 10 – Évolution des dossiers depuis les trois dernières années en établissements.....39
Figure 11 – Évolution des dossiers conclus par mission 45

Agence	Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CJ	Centre jeunesse
CL	Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
CLSC	Centre local de services communautaires
CR	Centre de réadaptation
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
Loi	*Loi sur les services de santé et les services sociaux*
ME	Médecin examinateur
Ministère	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Protecteur	Protecteur du citoyen
RI	Ressource intermédiaire
RLSSS	Réseau local de la santé et des services sociaux
RTF	Ressource de type familial
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
S/O	Sans objet
SIGPAQS	Système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services

FAITS SAILLANTS

En 2006-2007, le commissaire régional a reçu, traité et assuré le suivi de :

- 612 demandes d'assistance et de consultation;

- 98 dossiers de plaintes (65 de plus qu'en 2005-2006) :
  - relatifs à 91 objets de plaintes analysés;
  - ayant pour conséquence 27 mesures correctives émises aux instances visées par les plaintes (dont 92 % ont été acceptées et 8 % sont présentement à l'étude par les instances visées);

- 35 interventions (28 de plus qu'en 2005-2006) :
  - relatives à 77 objets d'intervention analysés;
  - ayant pour conséquence 13 mesures correctives émises aux instances visées (dont 98 % ont été acceptées et 2 % sont présentement à l'étude par les instances visées).

Pour les établissements de la Montérégie, les commissaires locaux (CL) et les médecins examinateurs (ME) ont reçu, traité et assuré le suivi de 2 052 dossiers de plaintes répartis comme suit :

- 1 709 demandes d'assistance;
- 44 demandes de consultation;
- 1 692 dossiers de plaintes examinés par les CL (296 de plus qu'en 2005-2006);
- 360 dossiers de plaintes examinés par les ME (18 de plus qu'en 2005-2006);
- 2 177 objets analysés par les CL (1 830) et les ME (347);
- 1 102 mesures correctives émises aux établissements et acceptées à 96 %.

INTRODUCTION

Le présent rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services fait partie des obligations légales de toute agence en vertu de l'article 76.12 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (Loi).

La première partie expose, d'une part, le bilan des activités du commissaire régional du 1er avril 2006 au 31 mars 2007 concernant les demandes d'assistance et de consultation, le traitement des plaintes et les interventions faites à la suite de faits portés à sa connaissance et le suivi des mesures correctives. D'autre part, elle dresse le bilan des activités reliées à l'amélioration de la qualité des services, aspect dans lequel le commissaire est impliqué, en lien avec le respect des droits des usagers mentionnés dans la Loi.

La deuxième partie fournit des données sur les résultats d'analyse de tous les rapports reçus des établissements publics durant l'exercice. Elle comprend également les rapports de plaintes reçues par les établissements privés conventionnés et non conventionnés reconnus comme centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) en vertu d'un permis du ministère de la Santé et des Services sociaux (Ministère).

CHAPITRE I
PLAINTES TRAITÉES PAR L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE

1. Cadre de référence ayant servi à analyser le bilan

Comme prévu dans la Loi, le commissaire régional procède à l'examen des plaintes qui visent les activités des organismes communautaires reconnus en vertu de l'article 334 et subventionnés par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (Agence), de même que les plaintes relatives aux services préhospitaliers d'urgence. Il a aussi le pouvoir d'étudier les plaintes de toute personne physique qui requiert ou utilise les services d'un organisme, d'une société ou d'une personne dont les services ou les activités sont reliés au domaine de la santé et des services sociaux, et avec lesquels une entente de services aux fins de leur prestation a été conclue avec l'Agence. De plus, depuis octobre 2006, il traite également les plaintes à l'égard de résidences privées pour personnes âgées.

Les données de ce rapport ont été compilées selon la définition des termes du système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS) ci-après répertoriés.

Assistance

Activité du commissaire déclenchée par une demande d'usager du réseau concernant :

- une information;
- une assistance pour porter plainte;
- de l'aide dans ses communications avec un professionnel ou une instance;
- de l'aide pour recevoir un service, un accès à un soin ou à un examen.

Consultation

Activité provenant d'une demande ou d'un avis adressé au commissaire par un usager, un tiers ou une personne du réseau. Il peut aussi être fait par une personne travaillant pour une autre instance gouvernementale en lien avec le droit des usagers, l'amélioration de la qualité des services et l'application du régime des plaintes. La consultation comprend une entrevue des parties intéressées lors du dépôt d'une plainte ou d'une demande d'intervention.

Plainte

Activité formellement demandée par un usager ou son représentant dont l'insatisfaction est criante par rapport à son attente concernant les soins et les services qu'il a reçus ou qu'il aurait dû recevoir; en conséquence, le commissaire ouvre un dossier de plainte et documente les faits aux fins d'enquête.

Intervention

Action du commissaire, initiée par lui-même ou sur demande d'un tiers (résultant d'une plainte ou non), lorsqu'il y a des motifs probables ou raisonnables de croire qu'une personne ou un groupe de personnes a été lésé dans ses droits ou peut l'être par un acte ou l'omission d'un acte d'une instance visée par la Loi. Pour ces raisons, le commissaire ouvre un dossier d'intervention et documente les faits aux fins d'enquête.

2. Demandes d'assistance et de consultation

Dans le cadre de ses fonctions, le commissaire doit répondre à des demandes d'assistance et de consultation provenant des usagers, de leurs proches, des CL, du personnel de l'Agence, de professionnels des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et de diverses instances gouvernementales. Ces demandes permettent souvent d'anticiper et ainsi prévenir des plaintes reliées à des éléments tels que l'accessibilité aux services, le respect des droits des usagers ou les relations interpersonnelles, pour n'en nommer que quelques-uns. Toutefois, il arrive que certaines de ces demandes exigent un temps de traitement équivalant à celui d'une plainte, qu'elles nécessitent de l'écoute, des vérifications et même un suivi pour être en mesure de bien répondre ou orienter les personnes selon leurs demandes.

2.1 Commissaire régional de l'Agence

Alors qu'en 2005-2006, il y avait eu 210 demandes d'assistance et 23 demandes de consultation, en 2006-2007, il y a eu 214 demandes d'assistance et 398 demandes de consultation réparties de la façon suivante :

Tableau I – Volume et provenance des demandes

Assistances	Quantité
Accessibilité à un médecin	114
Demandes d'information pour obtenir un service de santé	100
Total	**214**
Consultations	Quantité
Famille ou représentant légal	96
Professionnels du milieu de la santé	182
Diverses instances gouvernementales	40
CL	80
Total	**398**

Cette augmentation des consultations s'explique principalement par l'adoption du projet de loi 83, en novembre 2005, ce qui a généré diverses demandes d'avis et de conseils provenant majoritairement du réseau qui essayait de comprendre le nouveau régime des plaintes.

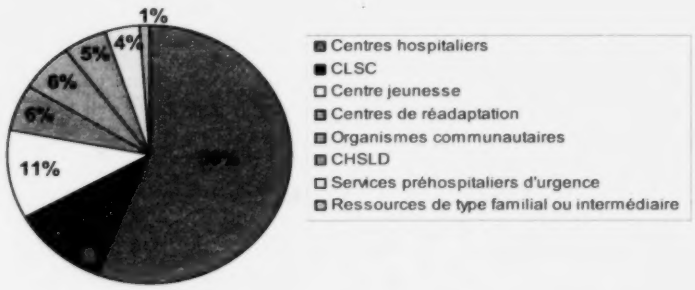
De plus, il faut considérer que sur ces 612 demandes, 498 ont nécessité l'aide ou les conseils du commissaire, alors que 114 s'adressaient au département régional de médecine générale dans le but de trouver un médecin de famille.

Ce constat démontre l'importance pour les usagers et tous ceux qui ont à interagir avec le réseau de la santé d'être en mesure de recevoir une information sur les droits des usagers, sur l'application du régime des plaintes ou encore de savoir comment et à qui s'adresser pour obtenir de l'aide, des services de santé ou des services sociaux. Par ailleurs, ces demandes permettent indirectement de faire la promotion du régime des plaintes.

2.2 Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP)

Il est prévu, à l'article 76.6 de la Loi, que cet organisme peut, à la demande de l'usager, l'assister et l'accompagner dans le cadre d'une démarche de plainte à la suite des services qu'il a reçus ou aurait dû recevoir. Selon le rapport annuel du CAAP[1], on constate, d'une part, que la majorité des usagers de la Montérégie qu'il aurait accompagné et assisté était en centre hospitalier (CH) (56 %), d'autre part, qu'il n'accompagne que 10 % des usagers portant plainte au commissaire régional (organismes communautaires 6 % et services préhospitaliers 4 %), alors que son travail d'accompagnement se déroule à 90 % dans les établissements de santé et de services sociaux.

Figure 1 – Répartition de l'assistance et des accompagnements du CAAP vers diverses instances du réseau



En 2006-2007, le CAAP n'a accompagné aucun résidant de résidences privées pour personnes âgées.

3. Diverses données générées par les dossiers de plaintes

Comparativement à 2005-2006, alors qu'il y avait eu 33 dossiers de plaintes et 30 objets de plaintes, l'année 2006-2007, à la suite du nouveau régime de plaintes, a été marquée par une augmentation de 65 dossiers de plaintes et 61 objets de plaintes, ce qui a eu un impact sur différents éléments que nous analyserons ultérieurement.

3.1 Auteur et mode de dépôt

L'auteur de la plainte est l'usager ou son représentant légal selon la Loi. Toutefois, un tiers peut aussi l'assister. Depuis les trois dernières années, on constate que la répartition des auteurs est variable, mais qu'elle provient en majeure partie de l'usager, de son représentant et très peu d'un tiers, sauf en 2004-2005.

Tableau II – Auteur de la plainte

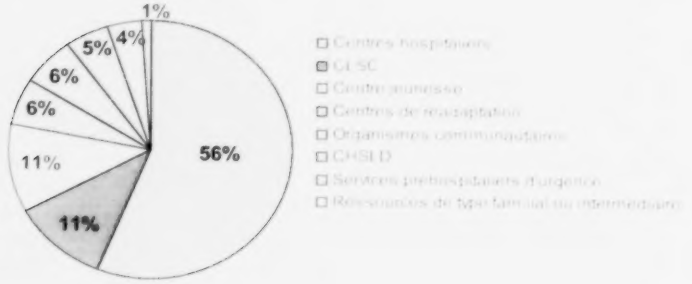
Catégorie	2004-2005	2005-2006	2006-2007
Usager	30 %	67 %	46 %
Représentant	25 %	30 %	35 %
Tiers	45 %	3 %	19 %

[1] Rapport annuel du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes de 2006-2007

2.2 Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP)

Il est prévu, à l'article 76.6 de la Loi, que cet organisme peut, à la demande de l'usager, l'assister et l'accompagner dans le cadre d'une démarche de plainte à la suite des services qu'il a reçus ou aurait dû recevoir. Selon le rapport annuel du CAAP[1], on constate, d'une part, que la majorité des usagers de la Montérégie qu'il aurait accompagné et assisté était en centre hospitalier (CH) (56 %), d'autre part, qu'il n'accompagne que 10 % des usagers portant plainte au commissaire régional (organismes communautaires 6 % et services préhospitaliers 4 %), alors que son travail d'accompagnement se déroule à 90 % dans les établissements de santé et de services sociaux.

Figure I – Répartition de l'assistance et des accompagnements du CAAP vers diverses instances du réseau



En 2006-2007, le CAAP n'a accompagné aucun résidant de résidences privées pour personnes âgées.

3. Diverses données générées par les dossiers de plaintes

Comparativement à 2005-2006, alors qu'il y avait eu 33 dossiers de plaintes et 30 objets de plaintes, l'année 2006-2007, à la suite du nouveau régime de plaintes, a été marquée par une augmentation de 65 dossiers de plaintes et 61 objets de plaintes, ce qui a eu un impact sur différents éléments que nous analyserons ultérieurement.

3.1 Auteur et mode de dépôt

L'auteur de la plainte est l'usager ou son représentant légal selon la Loi. Toutefois, un tiers peut aussi l'assister. Depuis les trois dernières années, on constate que la répartition des auteurs est variable, mais qu'elle provient en majeure partie de l'usager, de son représentant et très peu d'un tiers, sauf en 2004-2005.

Tableau II – Auteur de la plainte

Catégorie	2004-2005	2005-2006	2006-2007
Usager	30 %	67 %	46 %
Représentant	25 %	30 %	35 %
Tiers	45 %	3 %	19 %

[1] Rapport annuel du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes de 2006-2007.

En ce qui concerne le mode de dépôt, on remarque que pour les années précédentes, elles étaient autant verbales qu'écrites, tandis que 2006-2007 a été marqué par une augmentation de plaintes portées verbalement. En effet, 78 % des auteurs ont porté plainte via le mode verbal, alors que 22 % l'ont fait par écrit.

Cette augmentation affecte directement les délais de traitement des autres dossiers en cours et de leur suivi, car ce mode a un impact sur la gestion du temps : il nécessite un temps d'écoute supérieur de même que des rappels téléphoniques causés par un manque de précision du plaignant, surtout considérant qu'il vient de vivre une situation difficile et qu'il a besoin d'être écouté.

3.2 Délai de traitement

La Loi prévoit que la plainte doit être traitée dans un délai de 45 jours suivant son dépôt, à défaut de quoi l'usager est autorisé à avoir recours au Protecteur du citoyen (Protecteur).

Ainsi, si l'on fait abstraction des 16 dossiers en traitement au 31 mars 2007, il en résulte que sur 82 dossiers conclus ou fermés, 39 ont été traités dans le délai prescrit par le législateur.

Tableau III – Délai de traitement des plaintes conclues

Délai de traitement en jours	Quantité
Un	2
2 à 7	5
8 à 30	10
31 à 45	22
46 à 60	8
61 à 90	19
91 à 180	16
181 jours et plus	-
Total	**82**

Le non-respect du délai est principalement attribuable à trois facteurs :

- l'augmentation du volume de plaintes durant l'année;
- la complexité des dossiers;
- le fait que l'ensemble des informations nécessaires à une enquête provient de ressources externes à l'Agence[2].

Également, il faut savoir qu'outre le traitement des plaintes, il peut y avoir des interventions du commissaire à la suite d'informations portées à sa connaissance et requérant des actions urgentes, et ce, sans qu'il y ait eu plainte au sens de la Loi, ce qui peut aussi avoir un impact sur le délai de traitement des dossiers de plaintes en cours.

[2] Exemple : demande du dossier d'un usager à un établissement de santé après son transport par ambulance, disponibilité pour des rencontres de personnes impliquées, rapports de professionnels ou de personnes visées par la plainte, etc.

Toutefois, lorsqu'il est impossible pour le commissaire de traiter la plainte dans les délais prévus, un délai supplémentaire est demandé à l'usager. Tous ceux concernés par cette demande ont accepté et accordé une prolongation pour compléter le traitement de leur plainte et n'ont pas utilisé le recours au Protecteur en raison de ce dépassement. Cette indulgence peut s'expliquer par le fait que le commissaire, dans le cadre de la gestion d'un dossier, rappelle l'usager au minimum deux fois pour l'informer de l'évolution de celui-ci. C'est pourquoi il est en mesure d'apprécier quand le commissaire lui transmet les conclusions de l'enquête.

3.3 Bilan des dossiers conclus et fermés

Le commissaire a traité 98 dossiers de plaintes dont 61 ont été fermés à la suite des conclusions de l'enquête et 21 ont fait l'objet d'une ou de plusieurs recommandations envers les instances concernées par la plainte. Quant aux 16 derniers, ils seront finalisés durant l'année financière 2007-2008 puisqu'ils étaient en traitement au 31 mars 2007.

Tableau IV – Bilan des dossiers de plaintes

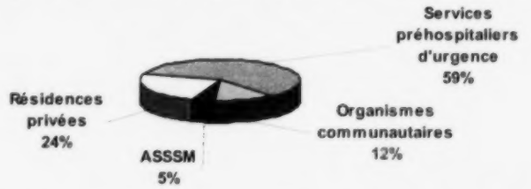
Dossiers en voie de traitement au 01-04-2006	Dossiers reçus durant l'exercice	TOTAL	Dossiers conclus durant l'exercice	Dossiers en voie de traitement au 31-03-2007	Recours au Protecteur
9	89	98	**82**	16	4

Comparativement aux données de 2005-2006, alors que sur 36 dossiers traités 27 avaient été conclus et 5 soumises au Protecteur, en 2006-2007, sur 98 dossiers dont 82 conclus, seulement 4 dossiers ont fait l'objet d'un examen du Protecteur : 3 d'entre eux ont été fermés par ce dernier parce qu'il était en accord avec les conclusions du commissaire et un dossier est conclu, mais encore actif.

3.3.1 Bilan des dossiers de plaintes par secteur d'activité

Il y a quatre secteurs où le commissaire régional a juridiction pour traiter une plainte en vertu de la Loi. Au cours de l'année 2006-2007, les services préhospitaliers d'urgence ont généré un peu plus de la moitié des plaintes, alors que les autres secteurs se répartissent à des niveaux moindres.

Figure 2 – Dossiers de plaintes par secteur d'activité



Par ailleurs, les résultats doivent être interprétés dans une perspective où nous avons, en Montérégie, une population de 1 364 287 habitants, qu'il y a eu plus de 91 000 transports ambulanciers effectués cette année[3], qu'il y a 376 résidences privées pour personnes âgées[4] pour 12 307 personnes qui peuvent utiliser le réseau de la santé et des services sociaux, et qu'il existe 577 organismes communautaires pour une possibilité de plus de 85 000 personnes qui seraient membres connus[5].

[3] Rapport remis au commissaire par le secteur préhospitalier d'urgence de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, juillet 2006.
[4] Registre des résidences privées pour personnes âgées au 31 mars 2007.
[5] Agence de la santé et des services sociaux en *(sic)* Montérégie, *Portrait des organismes communautaires et bénévoles oeuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux en (sic) Montérégie*, p. 39, avril 2005.

3.3.2 Bilan du volume de plaintes par secteur d'activité depuis trois ans

Bien qu'il soit intéressant de pouvoir décrire le nombre de plaintes par secteur d'activité et leur évolution, ce n'est qu'au cours des prochaines années que nous pourrons comparer avec des données équivalentes en raison des modifications législatives récentes au régime des plaintes. Néanmoins, nous pouvons déjà observer une nette augmentation.

Tableau V – Évolution des plaintes par secteur d'activité

Catégorie	2004-2005	2005-2006	2006-2007
Résidences privées pour personnes âgées et clientèles vulnérables	0	0	20
Organismes communautaires	10	14	10
Services préhospitaliers d'urgence	6	10	48
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie	4	3	4
Total	**20**	**27**	**82**

3.4 Objets de plaintes

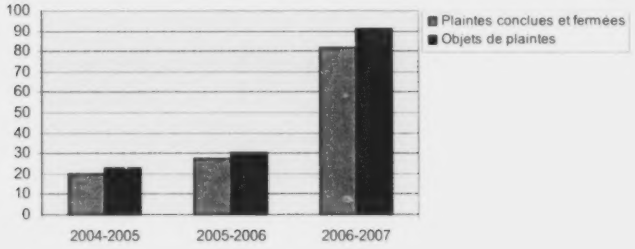
Dans le cadre de l'examen d'un dossier de plainte, le commissaire peut, à titre d'exemple, avoir reçu une plainte concernant le secteur préhospitalier et celle-ci peut porter sur différents objets, soit l'aspect financier (contestation d'un paiement de transport ambulancier), soit les relations interpersonnelles (attitude du technicien ambulancier). Ceci explique que même si le commissaire a conclu 82 dossiers de plaintes, il a dû étudier plus de 91 objets de plaintes cette année (61 objets de plus que l'année précédente).

Tableau VI – Objets de plaintes

Catégorie d'objets	2004-2005	2005-2006	2006-2007
	Quantité	Quantité	Quantité
Accessibilité (délais, refus de services, transfert, absence de services, choix d'établissement et accessibilité linguistique)	11	10	27
Soins et services dispensés (habileté, évaluation, jugement, continuité et intervention du professionnel)	5	3	14
Relations interpersonnelles (fiabilité, respect de la personne, de la vie privée, empathie, communication, violence, etc.)	4	6	11
Organisation du milieu et ressources matérielles (alimentation, hygiène, confort, sécurité, etc.)	-	1	15
Aspect financier (frais d'hébergement, facturation de transport ambulancier ou de biens et services, etc.)	3	6	14
Droits particuliers (information, consentement aux soins, droits aux recours, à la représentation, etc.)	-	2	5
Autres objets (tous ceux qui ne sont pas dans les autres catégories d'objets)	-	2	5
Total	**23**	**30**	**91**

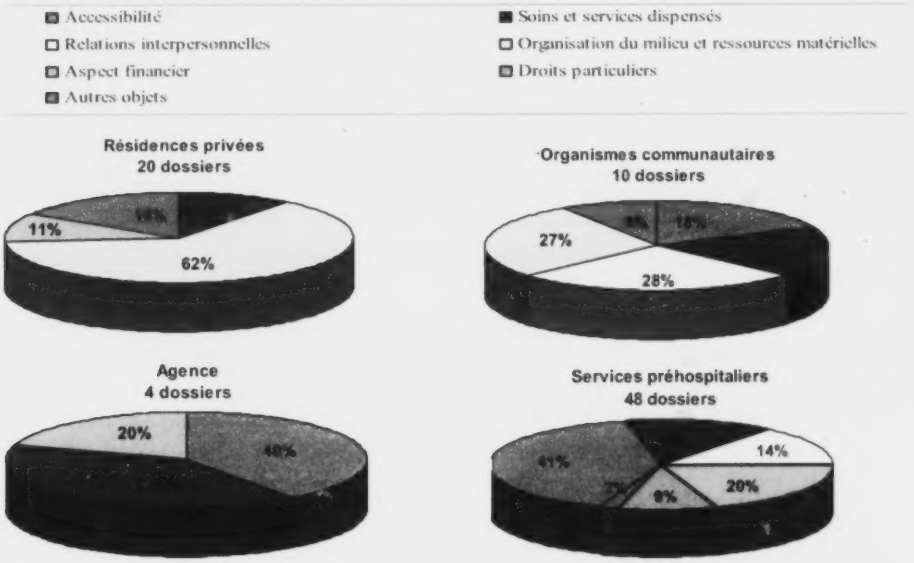
Nous observons que les objets de plaintes les plus fréquents lors du traitement d'un dossier, en 2006-2007, sont essentiellement les mêmes que les années précédentes sauf pour la catégorie «organisation du milieu et ressources matérielles» qui montre une forte croissance. Celle-ci est en partie due aux résidences privées pour personnes âgées dont les plaintes sont dirigées vers le commissaire régional et comptabilisées par lui. La catégorie principale reste encore l'accessibilité et les autres catégories ont toutes augmenté avec le volume de plaintes dans des proportions sensiblement égales à ce qu'elles étaient auparavant. Notons aussi que le volume des objets est proportionnel à l'augmentation du volume de plaintes.

Figure 3 – Évolution des plaintes versus les objets de plaintes



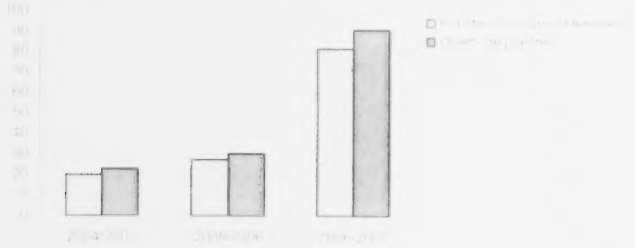
Toutefois, même si globalement les objets les plus fréquents sont les mêmes que l'an dernier, ils ne sont pas identiques quand on les observe par secteur :

Figure 4 – Objets de plaintes par secteur



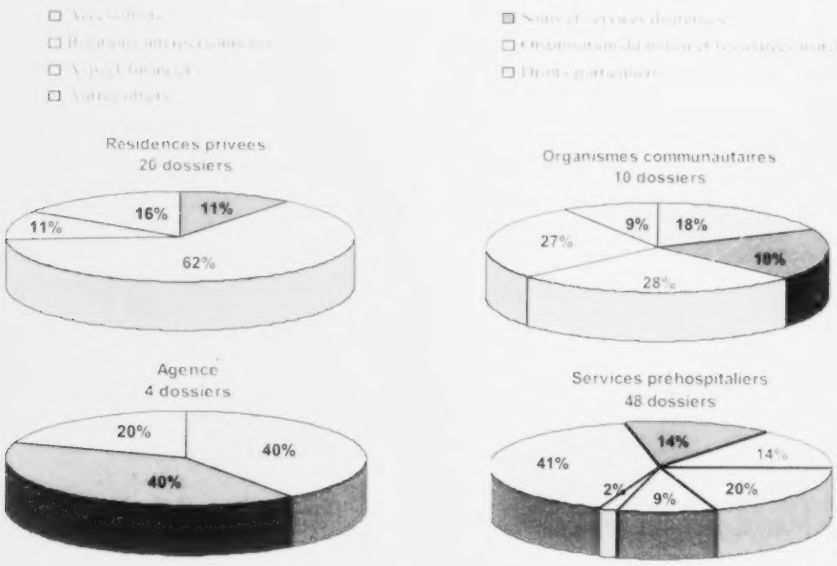
Nous observons que les objets de plaintes les plus fréquents lors du traitement d'un dossier, en 2006-2007, sont essentiellement les mêmes que les années précédentes sauf pour la catégorie «organisation du milieu et ressources matérielles» qui montre une forte croissance. Celle-ci est en partie due aux résidences privées pour personnes âgées dont les plaintes sont dirigées vers le commissaire régional et comptabilisées par lui. La catégorie principale reste encore l'accessibilité et les autres catégories ont toutes augmenté avec le volume de plaintes dans des proportions sensiblement égales à ce qu'elles étaient auparavant. Notons aussi que le volume des objets est proportionnel à l'augmentation du volume de plaintes.

Figure 3 – Évolution des plaintes versus les objets de plaintes



Toutefois, même si globalement les objets les plus fréquents sont les mêmes que l'an dernier, ils ne sont pas identiques quand on les observe par secteur :

Figure 4 – Objets de plaintes par secteur



3.5 Objets de plaintes par secteur d'activité en fonction des catégories d'objets

Résidences privées pour personnes âgées (20 plaintes)

Le rapport 2005-2006, sous le volet signalement, détaillait les insatisfactions à l'encontre des résidences privées; la proportion est la même cette année.

En 2006-2007, les catégories organisation du milieu et des ressources matérielles (62 %), autres objets (16 %), soins et services dispensés (11 %) et aspects financiers (11 %) font référence aux caractéristiques suivantes :

- alimentation (qualité de la nourriture);
- propreté des lieux et environnement non sécuritaire;
- manque de matériel;
- manque de ressources humaines pour offrir les services;
- services non adéquats reliés à la continuité des soins et traitement;
- coûts du loyer et des services.

Ce bilan démontre l'importance de l'obtention d'une certification de la part de ces résidences d'ici le 1er février 2009[6]. En effet, cette mesure uniformisera, encadrera et améliorera la qualité des services.

Organismes communautaires (10 plaintes)

Alors qu'en 2005-2006 les plaintes concernaient surtout l'accès aux services, en 2006-2007 la majorité des objets de plaintes pour ce secteur concerne principalement les relations interpersonnelles (28 %) et l'organisation du milieu et les ressources matérielles (27 %), suivi de l'accessibilité (18 %), des soins et services dispensés (18 %) et des autres objets (9 %). Leurs caractéristiques sont les suivantes :

- alimentation (qualité de la nourriture);
- environnement non sécuritaire;
- refus de services : plusieurs usagers voulaient recevoir un service, alors que cet organisme n'était pas habileté à le donner;
- compétence des intervenants;
- reproches concernant le fait qu'ils n'ont pas d'entente avec le CLSC ou d'autres organismes;
- services dispensés non adéquats.

Agence (4 plaintes)

En 2005-2006, les plaintes à l'égard de l'Agence concernaient principalement l'accès aux services en milieu d'hébergement, alors qu'en 2006-2007, elles visent davantage l'accessibilité (40 %), les soins et services dispensés (40 %) et l'aspect financier (20 %). Quant à leurs caractéristiques, elles sont les suivantes :

- possibilité pour les usagers de recevoir leur traitement dans leur région et non à Montréal;
- longueur des délais d'intervention de certains services sociaux pour des mineurs;
- financement des établissements afin de recevoir des services à proximité de leur domicile.

[6] Loi., précitée, note 1, art. 346.0.3, Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidences pour personnes âgées, (L.R.Q., c. S-4.2, r.0.01.1).

Préhospitalier (48 plaintes)

En 2005-2006, il n'y avait eu aucune plainte concernant l'accès. Toutefois, il y avait des objets concernant les soins et services dispensés, les relations interpersonnelles et l'aspect financier qui, en proportion, étaient similaires.

En 2006-2007, la majorité des objets de plaintes concerne surtout l'accessibilité (41 %), le suivi des aspects financiers (20 %), les soins et services dispensés (14 %), les relations interpersonnelles (14 %), les droits particuliers (9 %) et les autres objets (2 %). Les caractéristiques de ces catégories d'objets sont les suivantes :

- délai d'attente pour recevoir une ambulance à domicile;
- annulation d'un transport interétablissements et choix de l'usager d'être dirigé vers un établissement;
- paiement de la facture d'un transport ambulancier;
- évaluation : jugement professionnel et habiletés techniques;
- attitude et non-respect envers un usager ou un proche;
- non-respect du consentement aux soins et informations erronées;
- manque d'employés pour offrir les services.

3.6 Niveau de traitement

Lors de l'examen d'une plainte, les résultats de l'enquête permettent de déterminer si les objets sont retenus ou non. S'ils le sont, une recommandation avec ou sans mesure corrective sera émise. En voici le bilan pour l'année 2006-2007.

Tableau VII – Niveau de traitement des objets de plaintes

Catégorie d'objets	Rejeté sur examen sommaire	Abandonné / Traitement refusé ou interrompu	Traitement complété	
			sans mesure corrective	**avec** mesures correctives
Accessibilité (délais, refus de services, transfert, absence de services, choix d'établissement et accessibilité linguistique)	-	2	18	8
Soins et services dispensés (habileté, évaluation, jugement, continuité et intervention du professionnel)	1	-	7	6
Relations interpersonnelles (fiabilité, respect de la personne, de la vie privée, empathie, communication, violence, etc.)	1	-	3	8
Organisation du milieu et ressources matérielles (alimentation, hygiène, confort, sécurité, etc.)	2	7	6	-
Aspect financier (frais d'hébergement, facturation de transport ambulancier ou de biens et services, etc.)	1	1	11	1
Droits particuliers (information, consentement aux soins, droits aux recours, à la représentation, etc.)	-	-	1	4
Autres objets (tous ceux qui ne sont pas dans les autres catégories d'objets)	-	3	2	-
Total	**5**	**13**	**48**	**27**

Les résultats démontrent que 48 objets n'ont pas donné lieu à des mesures. Cela s'explique par le fait que les normes et protocoles ont été respectés par le réseau et que l'objet de plainte n'était donc pas recevable, ou si tel n'était pas le cas, qu'en cours d'examen de la plainte, la situation a été corrigée par les instances visées afin qu'elle ne se reproduise plus. Toutefois, 27 objets ont donné lieu à des mesures correctives pour améliorer la qualité des services.

Le bilan nous démontre également qu'il arrive parfois que l'usager abandonne sa plainte ou refuse de donner des informations permettant la poursuite du traitement de celle-ci. Cette situation a été observée dans 13 objets de plaintes, alors que dans 5 objets, les dossiers ont été rejetés ou interrompus parce que le commissaire n'avait pas juridiction à l'égard d'un ou des objets mentionnés par l'usager.

3.7 Principales mesures correctives et suivi

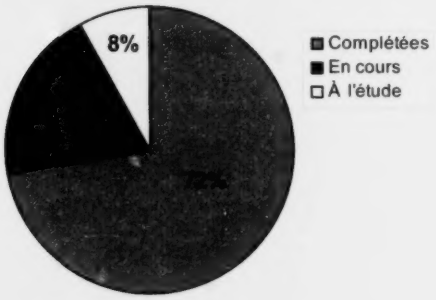
Des 82 dossiers traités durant l'exercice 2006-2007, 61 n'ont pas nécessité de mesures correctives. Seulement 21 dossiers de plaintes, concernant 27 objets d'insatisfaction, ont justifié 27 mesures correctives auprès des instances visées par les plaintes pour améliorer la qualité des services[7]. À chacune de ses séances, le conseil d'administration a été informé des conclusions et recommandations du commissaire[8] ainsi que de l'évolution des conclusions et des recommandations sur les plaintes dans sa région. Quant au comité de vigilance, il a également reçu et analysé les recommandations du commissaire à chacune de ses séances[9]. Les mesures ayant permis l'amélioration de la qualité des services concernaient les objets suivants :

Tableau VIII – Mesures correctives des plaintes

Objets - mesures correctives	Quantité
Adaptation des services	1
Adoption/élaboration d'un code d'éthique	1
Ajustement des activités professionnelles	5
Ajustement financier	1
Ajustement technique ou matériel	1
Amélioration de la continuité	1
Amélioration des communications	2
Encadrement des intervenants	9
Évaluation des besoins	1
Formation des intervenants	1
Information et sensibilisation des intervenants	2
Révision - politique et règlement	1
Révision - protocole clinique ou administratif	1
Total	**27**

[7] Voir Tableau IV – Bilan des dossiers de plaintes et Tableau VI – Objets de plaintes
[8] Loi, note 1, art. 66, al. 2 (6).
[9] Id., art. 412.3. Cet article énonce les responsabilités du comité de vigilance.

Figure 5 – État de situation de l'application des mesures correctives



On constate sur la figure 5 que plus de 72 % des mesures correctives ont été appliquées. Elles ont permis, entre autres, d'améliorer l'accessibilité des services et l'organisation des milieux tout en améliorant les communications. Vingt pour cent de ces mesures sont en voie d'être appliquées et huit pour cent sont en attente de réponses des instances impliquées, notamment par rapport à ce qu'elles comptent faire des recommandations. Il y a donc une volonté de changement et un intérêt pour développer une culture d'amélioration de la qualité dans les quatre secteurs d'activité.

De plus, cette proportion est loin d'être négligeable dans un contexte où plusieurs mesures visent des entités autonomes au sens de la Loi, comme les organismes communautaires[10] ou les services préhospitaliers visés par la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*[11] et qui sont financés par le secteur public, mais gérés par 16 entreprises privées en Montérégie. Il y a aussi les résidences d'hébergement privées[12] ou les résidences privées pour personnes âgées gérées par des exploitants du secteur privé. Ce contexte est particulier et il a un impact au point de vue des délais de réponse et d'implantation des mesures. Ce constat pourra être analysé au comité de vigilance de l'Agence au cours de la prochaine année[13].

4. Interventions traitées en vertu du pouvoir du commissaire régional

En raison du nouveau régime, les interventions seront analysées avec les mêmes éléments ayant servis à l'analyse des plaintes, mais en y apportant certains détails non comptabilisés les années précédentes. En effet, à la suite du changement de dispositions législatives, le législateur a prévu que le commissaire régional puisse intervenir de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance ou s'il a des motifs probables de croire que la sécurité d'une personne ou d'un groupe est menacée sans qu'il y ait eu dépôt d'une plainte[14]. Par conséquent, ce mandat est plus vaste que celui du cadre normal de traitement d'une plainte et sa portée en est une de prévention et de protection.

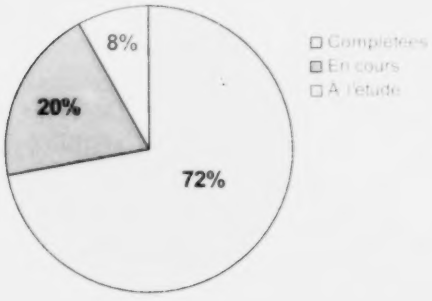
4.1 Auteur et mode de dépôt

Actuellement, le système informatisé SIGPAQS n'offre pas la possibilité de comptabiliser les interventions en vue d'établir des statistiques. Ainsi, les informations que nous avons colligées manuellement montrent que dans une proportion de 66 %, les auteurs des demandes d'intervention sont majoritairement des professionnels ou des employés du réseau et que, dans 69 % des cas, le dépôt de ces demandes est fait verbalement.

---

[10] Id., art. 334 mentionne que les organismes définissent librement leurs orientations, leurs politiques et leurs approches.
[11] *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*, L.R.Q., c -6.2, art. 16.
[12] Aucune plainte portée à l'attention du commissaire dans ce secteur en 2006-2007. Voir section 5 – Signalements concernant les résidences privées.
[13] Loi, note 1, art. 412.3, al. 2 (2), (4).
[14] Id., note 1, art. 66, al. 2 (7).

Figure 5 – État de situation de l'application des mesures correctives



On constate sur la figure 5 que plus de 72 % des mesures correctives ont été appliquées. Elles ont permis, entre autres, d'améliorer l'accessibilité des services et l'organisation des milieux tout en améliorant les communications. Vingt pour cent de ces mesures sont en voie d'être appliquées et huit pour cent sont en attente de réponses des instances impliquées, notamment par rapport à ce qu'elles comptent faire des recommandations. Il y a donc une volonté de changement et un intérêt pour développer une culture d'amélioration de la qualité dans les quatre secteurs d'activité.

De plus, cette proportion est loin d'être négligeable dans un contexte où plusieurs mesures visent des entités autonomes au sens de la Loi, comme les organismes communautaires[1] ou les services préhospitaliers visés par la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*[2] et qui sont financés par le secteur public, mais gérés par 16 entreprises privées en Montérégie. Il y a aussi les résidences d'hébergement privées[3] ou les résidences privées pour personnes âgées gérées par des exploitants du secteur privé. Ce contexte est particulier et il a un impact au point de vue des délais de réponse et d'implantation des mesures. Ce constat pourra être analysé au comité de vigilance de l'Agence au cours de la prochaine année.

4. Interventions traitées en vertu du pouvoir du commissaire régional

En raison du nouveau régime, les interventions seront analysées avec les mêmes éléments ayant servis à l'analyse des plaintes, mais en y apportant certains détails non comptabilisés les années précédentes. En effet, à la suite du changement de dispositions législatives, le législateur a prévu que le commissaire régional puisse intervenir de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance ou s'il a des motifs probables de croire que la sécurité d'une personne ou d'un groupe est menacée sans qu'il y ait eu dépôt d'une plainte[4]. Par conséquent, ce mandat est plus vaste que celui du cadre normal de traitement d'une plainte et sa portée en est une de prévention et de protection.

4.1 Auteur et mode de dépôt

Actuellement, le système informatisé SIGPAQS n'offre pas la possibilité de comptabiliser les interventions en vue d'établir des statistiques. Ainsi, les informations que nous avons colligées manuellement montrent que dans une proportion de 66 %, les auteurs des demandes d'intervention sont majoritairement des professionnels ou des employés du réseau et que, dans 69 % des cas, le dépôt de ces demandes est fait verbalement.

1. Id., art. 333 mentionne que les organismes de financent librement leurs orientations, leurs politiques et leurs approches.
2. *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*, L.R.Q., c. S-6.2, art. 16.
3. Aucune plainte portée à l'attention du commissaire dans ce secteur en 2006-2007. Voir section 5 – Signalements concernant les résidences privées.
4. Code civil, art. 32.5, al. 2 (2e al.).
5. Id., note 4, art. 46, al. 2 (2e).

4.2 Délai de traitement

Bien qu'il n'y ait pas de délai prescrit par la Loi en ce qui concerne les interventions, le commissaire régional, dans la mesure du possible et selon la nature et les ressources disponibles, maintient l'objectif de traiter la demande à l'intérieur d'un délai de 45 jours, comme dans le cadre des plaintes. Par contre, la réalité décrite dans le tableau IX témoigne du fait que ce délai est presque toujours dépassé. Cela s'explique par l'augmentation du volume de plaintes et par la nature des dossiers d'intervention. Toutefois, comme pour les plaintes, le tiers est toujours informé des raisons du délai.

Tableau IX – Délai de traitement des interventions

Délai de traitement en jours	Quantité
Un	-
2 à 7	-
8 à 30	2
31 à 45	1
46 à 60	3
61 à 90	11
91 à 180	17
181 jours et plus	1
Total	**35**

4.3 Bilan des dossiers

Le commissaire a reçu 35 demandes d'intervention pour l'année 2006-2007 dont une urgente pouvant porter atteinte aux droits de la personne et soumise par un professionnel du réseau de la santé. En ce qui concerne les autres interventions, elles ont été effectuées dans le cadre de conciliation et de médiation pour obtenir ou améliorer un service. Il est à noter que celles-ci ne pouvaient être considérées comme des demandes d'assistance étant donné la nature de ces dossiers relatifs à une clientèle vulnérable nécessitant des services en santé mentale ou en toxicomanie. À la suite de l'enquête, 6 dossiers ont été fermés, 19 dossiers d'intervention sont en traitement au 1er avril 2007 et 10 ont été conclus et ont fait l'objet d'une ou de plusieurs recommandations avec mesures envers l'instance visée par la demande. Le commissaire a dû analyser plus de 77 objets de plaintes dont la majorité réfère surtout à l'organisation du milieu et aux relations interpersonnelles.

Tableau X – Bilan des dossiers d'intervention

Bilan des dossiers traités	Quantité
En cours d'étude	19
Conclus	10
Fermés	6
Total	**35**

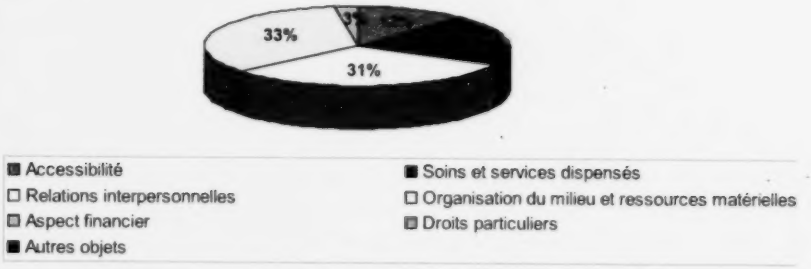
4.4 Motifs des interventions

Le tableau XI fait état des catégories d'objets auxquelles les interventions étaient reliées, tandis que la figure 6 fait état de leur répartition.

Tableau XI – Objets des demandes d'intervention

Catégorie d'objets	Quantité
Accessibilité (délais, refus de services, transfert, absence de services, choix d'établissement et accessibilité linguistique)	9
Soins et services dispensés (habileté, évaluation, jugement, continuité et intervention du professionnel)	16
Relations interpersonnelles (fiabilité, respect de la personne, de la vie privée, empathie, communication, violence, etc.)	24
Organisation du milieu et ressources matérielles (alimentation, hygiène, confort, sécurité, etc.)	26
Aspect financier (frais d'hébergement, facturation de transport ambulancier ou de biens et services, etc.)	2
Droits particuliers (information, consentement aux soins, droits aux recours, à la représentation, etc.)	-
Autres objets (tous ceux qui ne sont pas dans les autres catégories d'objets)	-
Total	77

Figure 6 – Objets de demandes d'intervention



4.5 Motifs d'intervention par secteur d'activité en fonction des catégories d'objets

Principaux objets ayant nécessité une intervention :

Résidences privées pour personnes âgées

- Atteinte à l'intégrité et abus physique (droits particuliers)
- Manque de ressources (organisation du milieu)
- Dénonciation de l'attitude du propriétaire (relations interpersonnelles)
- Dénonciation de la qualité de la nourriture (organisation du milieu)
- Continuité de la qualité des soins non adéquate (soins et services dispensés)

Organismes communautaires

- Dénonciation de pratiques douteuses de conseils d'administration (droits particuliers)
- Expulsion d'un organisme (accessibilité)
- Aucun chauffage l'hiver (organisation du milieu)
- Clientèle trop lourde ou n'ayant pas les ressources pour offrir les services (soins et services)

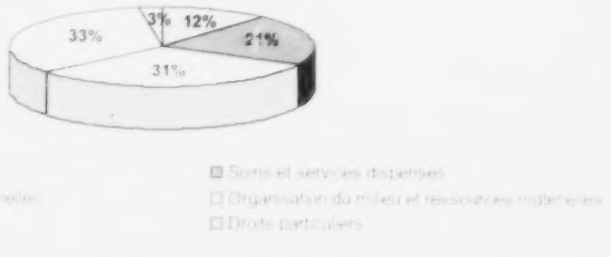
4.4 Motifs des interventions

Le tableau XI fait état des catégories d'objets auxquelles les interventions étaient reliées, tandis que la figure 6 fait état de leur répartition.

Tableau XI – Objets des demandes d'intervention

Catégorie d'objets	Quantité
Accessibilité (délais, refus de services, transfert, absence de service, choix d'établissement et accessibilité linguistique)	9
Soins et services dispensés (habileté, évaluation, incurabilité, continuité et intervention du professionnel)	16
Relations interpersonnelles (humilité, respect de la personne, de la vie privée, empathie, communication, violence, etc.)	24
Organisation du milieu et ressources matérielles (alimentation, hygiène, confort, sécurité, etc.)	26
Aspect financier (frais d'hébergement, facturation de transport ambulancier ou de biens et services, etc.)	2
Droits particuliers (information, consentement aux soins, droits aux recours, représentation, etc.)	-
Autres objets (tous ceux qui ne sont pas dans les autres catégories d'objets)	-
Total	77

Figure 6 – Objets de demandes d'intervention



4.5 Motifs d'intervention par secteur d'activité en fonction des catégories d'objets

Principaux objets ayant nécessité une intervention :

Résidences privées pour personnes âgées

- Atteinte à l'intégrité et abus physique (droits particuliers)
- Manque de ressources (organisation du milieu)
- Dénonciation de l'attitude du propriétaire (relations interpersonnelles)
- Dénonciation de la qualité de la nourriture (organisation du milieu)
- Continuité de la qualité des soins non adéquate (soins et services dispensés)

Organismes communautaires

- Dénonciation de pratiques douteuses de conseils d'administration (droits particuliers)
- Expulsion d'un organisme (accessibilité)
- Aucun chauffage l'hiver (organisation du milieu)
- Clientèle trop lourde ou n'ayant pas les ressources pour offrir les services (soins et services)

Préhospitalier

- Dénonciation par des témoins de l'attitude d'un technicien ambulancier (relations interpersonnelles)
- Refus des techniciens ambulanciers d'utiliser la civière (organisation matérielle)

Agence

- Aucune intervention

4.6 Principales interventions et mesures correctives

Les recommandations émises par le commissaire régional ont donné lieu à un total de 13 mesures correctives qui permettront d'améliorer la qualité des services. Dans 10 dossiers, les mesures ont été appliquées à 88 %, 10 % restent à venir et 2 % sont à l'étude par les instances concernées.

Tableau XII – Mesures correctives des interventions

Objets - mesures correctives	Quantité
Adaptation des services	3
Adoption/élaboration d'un code d'éthique	1
Ajustement administratif	1
Ajustement financier	1
Amélioration de la continuité	3
Formation des intervenants	1
Obtention des services	1
Révision - politique et règlement	1
Révision - protocole clinique ou administratif	1
Total	**13**

5. Signalements concernant les résidences privées

Avant l'adoption du projet de loi 83, des signalements pouvaient être émis nécessitant parfois de l'information, parfois des interventions, ou menant à des plaintes, et le cas échéant, à des suivis. Depuis le 1er avril 2006, les interventions tout comme les plaintes concernant les résidences privées doivent être dirigées vers le commissaire régional. En Montérégie, elles le sont depuis le 1er octobre 2006[15]. Comparativement à 51 signalements en 2005-2006, durant l'année 2006-2007, l'Agence a traité 50 signalements répartis comme suit :

- 48 concernant des ressources d'hébergement pour personnes âgées;
- 2 concernant des ressources d'hébergement en santé mentale.

En ce qui concerne les motifs de signalements que nous pourrions associer aux objets de plaintes ou d'intervention, ils sont sensiblement les mêmes. Quant à leur provenance, ils sont principalement issus des membres de la famille dans une proportion de 75 %.

[15] Dossiers transférés du programme Perte d'autonomie et vieillissement de l'Agence suivant la nomination du commissaire régional.

Le commissaire a traité 20 plaintes pour les résidences privées pour personnes âgées du mois d'octobre 2006 au 31 mars 2007 et il n'y a eu aucune plainte pour les ressources privées d'hébergement (exemple santé mentale). Il sera intéressant en 2007-2008 d'observer l'évolution des signalements qui deviendront soit des plaintes, soit des demandes d'intervention.

Tableau XIII – Signalements des résidences privées

Signalements	2004-2005	2005-2006	2006-2007
Ressources d'hébergement pour personnes âgées	27	46	48
Ressources d'hébergement en santé mentale	2	5	2
Total	**29**	**51**	**50**

6. Dossiers d'amélioration continue de la qualité des services

Le commissaire, dans le cadre de ses fonctions exclusives, peut être interpellé pour veiller à l'amélioration de la qualité des services et assurer le respect des droits des usagers par divers mécanismes tels que par la promotion du régime, par des conseils, par de la formation ou par sa participation à plusieurs comités de réflexion. Voici les titres et fonctions de ces comités.

AGRÉMENT DES ÉTABLISSEMENTS

Tous les établissements devaient avoir sollicité le premier agrément des services de santé et des services sociaux avant le 19 décembre 2005 et devront avoir complété leur démarche d'agrément au plus tard le 19 décembre 2008 en vertu de la Loi.

La totalité des établissements publics a entrepris une démarche d'agrément, soit avec le Conseil québécois d'agrément ou avec le Conseil canadien d'agrément des services de santé, tandis que 7 établissements privés étaient toujours non inscrits au 31 mars 2007.

Rappelons que le rôle de l'Agence[16] est :

- de s'assurer que les établissements de la région ont fait une demande d'agrément de leurs services à un organisme reconnu;
- d'accompagner et de soutenir les établissements qui le désirent dans l'application des conclusions et recommandations du rapport d'agrément, notamment par de l'aide au moment d'élaborer le plan d'action portant sur l'amélioration continue de la qualité des services ou encore pour la formation du personnel;
- d'informer le Ministère, au moment opportun, de situations pouvant nuire à la sécurité des usagers;
- de s'assurer que chaque établissement non agréé élabore un plan d'action portant sur l'amélioration continue de la qualité des services et sur la prestation sécuritaire des soins et transmettre ce plan au Ministère dans les meilleurs délais.

[16] Voir les lignes directrices sur l'agrément des services offerts par les établissements de santé et de services sociaux, MSSS, Juillet 2006, p.21.

COMITÉ DES COMMISSAIRES RÉGIONAUX AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Ce comité regroupe les commissaires des 18 régions du Québec ainsi que le commissaire d'Urgences-Santé pour harmoniser les pratiques et avoir une interprétation commune des dispositions législatives. Ainsi, en 2006-2007, plusieurs conférences téléphoniques et rencontres ont eu lieu entre les commissaires régionaux et la Direction qualité du Ministère.

COMITÉS DES USAGERS ET COMITÉS DES RÉSIDANTS

Cette année en a été une de transition avec l'installation de comités d'usagers dans tous les établissements et de comités de résidants dans les installations où il y a de l'hébergement. Un cadre de référence sur l'exercice des fonctions à assumer et sur les lignes directrices pour la mise en place de ces comités a été élaboré l'an dernier par le Ministère. Il a pour objectif de définir les modalités d'application des articles régissant les fonctions des comités d'usagers et des comités de résidants de la Loi et d'en faciliter la compréhension. Les lignes directrices, quant à elles, guident les établissements dans la mise en place de leurs comités d'usagers et de résidants.

L'Agence a tenu un groupe de consultation et a développé un devis de formation en vue d'assurer la formation des représentants des comités d'usagers et de résidants au cours de la prochaine année.

COMITÉ DE VIGILANCE

Le comité de vigilance et de la qualité a été mis en place en juin 2006. Il s'est réuni à trois reprises au cours de la présente année. Une première rencontre a porté essentiellement sur l'étude du rapport annuel des plaintes et de la qualité des services. Puis, les deux autres rencontres ont porté sur les recommandations du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services faisant suite aux plaintes concernant les services préhospitaliers, les organismes communautaires et les résidences privées.

COMITÉ RÉGIONAL DES COMMISSAIRES AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES DE LA MONTÉRÉGIE

Ce comité contribue à l'amélioration de la qualité des services en favorisant la concertation des commissaires de la Montérégie. Ses rencontres ont permis de partager l'interprétation et la compréhension du cadre légal ainsi que des outils de travail. Il est composé de deux directeurs accompagnateurs du comité de coordination stratégique de la Montérégie (CCSM), des CL et du commissaire régional. Un sous-comité est composé de CL qui voient à la planification et au contenu des rencontres lors desquelles le commissaire régional assure l'animation et la coordination.

Dans le cadre des activités quotidiennes des commissaires, il y a eu quatre rencontres d'une demi-journée pour le partage d'information et l'étude de cas cliniques rattachés aux objets de plaintes; il y a eu trois rencontres pour discuter de l'application et de l'évolution du régime, pour partager des informations ayant une portée régionale et pour recevoir des invités tels que : le Protecteur du citoyen; le répondant régional de l'Agence pour les comités d'usagers; une agente de planification du secteur santé physique présentant l'application de la Loi 33 et ses modalités de fonctionnement en Montérégie; le président du CAAP, accompagné d'intervenants, lors de la présentation de leur rapport annuel.

CORONER

Tous les rapports du coroner sont dorénavant examinés par le Ministère afin de prévenir des décès évitables dans la prestation de services de santé et de services sociaux. Lorsque les recommandations s'appliquent directement ou indirectement au réseau de la santé, un suivi systématique de l'application des recommandations est assuré par l'Agence.

Ainsi, en février 2007, l'Agence, à la demande du Ministère, a procédé à une reddition de comptes auprès de tous les établissements afin de s'assurer du retrait de toutes formes d'opiacées injectables à forte concentration dans les réserves de médicaments des unités de soins et à l'urgence. Tous les établissements, sauf un, nous ont déclaré s'être conformé à cette obligation. Des discussions se poursuivent avec l'établissement concerné afin qu'il s'y conforme lui aussi.

FORMATIONS ET PROMOTION DU RÉGIME

Par le biais de conférences ou de sessions de formation, le commissaire régional a également, dans le cadre de ses fonctions, fait la promotion du régime. Six conférences, portant sur les droits des usagers en vertu de la Loi et les obligations professionnelles des intervenants dans le réseau de la santé ainsi que sur l'éthique en milieu de soins et services de santé, ont été données à des associations régionales et provinciales. Le commissaire a également rencontré des intervenants du réseau de la santé, des CSSS et des membres du personnel de l'Agence pour leur donner de l'information sur le régime des plaintes.

Dans un souci d'amélioration de la qualité, le commissaire a participé à une formation sur l'application du régime des plaintes en janvier 2007.

PRESTATION SÉCURITAIRE DES SERVICES

Programme de formation sur le fonctionnement du comité de gestion des risques

La Loi concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux a été sanctionnée le 19 décembre 2002[17]. Cette loi créait l'obligation pour tous les établissements de prévoir dans leur plan d'organisation un comité de gestion des risques et de la qualité. Ces comités ont été formés dans tous nos établissements et ont bénéficié d'une formation concernant leur fonctionnement. C'est ainsi que 17 sessions de formation d'une journée ont été tenues et que 204 participants ont été formés.

Programme de formation sur les facteurs humains en relation avec la sécurité des patients

En 2002 et 2003, une expérience de formation sur les facteurs humains en relation avec la sécurité des patients a été réalisée par le groupe ErroMed dans l'état du Queensland en Australie et cette expérience a connu des résultats d'évaluation remarquables.

Le groupe ErroMed est spécialisé dans la formation d'équipes d'aviation. La mission d'ErroMed est de faire en sorte que l'aspect des facteurs humains soit intégré à la formation partout dans les services de santé.

Les facteurs humains se définissent par l'étude scientifique des humains au travail. Une bonne connaissance de ceux-ci comprend tous les domaines suivants : ergonomie personnelle, psychologie cognitive, mécanismes de l'erreur humaine et des accidents évitables, conscience situationnelle, communication et travail d'équipe, analyse des causes souches et divulgation.

Le programme de formation développé par ErroMed favorise l'atteinte des objectifs visés par la Loi concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux, et ce, en accord avec les recommandations du Rapport Francoeur[18]. D'une part, il a reçu l'appui du groupe Vigilance pour la sécurité des soins, et celui-ci a recommandé ce programme au Ministère. D'autre part, il bénéficie du soutien de l'Institut canadien sur la sécurité des patients qui a accepté de participer au financement de sa mise en œuvre. Tout ceci joint aux résultats obtenus lors de l'expérience du Queensland a pour conséquence que le Ministère a décidé d'importer ce programme de formation, de l'adapter à celui du Québec et d'utiliser l'expertise d'ErroMed pour le déployer.

[17] Projet de loi n° 113 (2002, chapitre 71) et qui est actuellement enchâssé dans la présente Loi.

[18] *La gestion des risques, une priorité pour le réseau : Les accidents évitables dans la prestation de soins de santé*, Rapport du comité ministériel, MSSS, Québec, février 2001.

Objectifs visés :

- développement et renforcement des pratiques favorables à la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux au Québec;
- amélioration de la sécurité des usagers du réseau;
- prévention des accidents dans le système lors de la prestation de services;
- réduction du taux d'incidence des accidents;
- ouverture au travail en équipe multidisciplinaire;
- création et promotion d'une culture de sécurité au sein de tous les types d'établissements et de toutes les catégories d'employés.

Les clientèles prioritaires ciblées par ce programme sont les équipes de soins en salles d'opération, aux urgences et aux soins intensifs des CSSS et de l'hôpital Charles LeMoyne. Les gestionnaires de risques de ces établissements ont été invités à s'inscrire à l'une des deux sessions de formation qui ont été dispensées à Montréal les 1er et 2 février 2007 ainsi que les 15 et 16 mars 2007. Parmi ceux-ci, six personnes ont été choisies par le Ministère pour former nos équipes de soins.

De plus, une journée d'information et de formation aux répondants régionaux du dossier qualité en sécurité des soins et des services des Agences a été organisée le 29 mars 2007 à Montréal.

SYSTÈME D'INFORMATION SUR LA GESTION DES PLAINTES ET L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES (SIGPAQS)

Une formation a été offerte aux CL concernant le système informatique SIGPAQS : deux sessions (en décembre 2006 et janvier 2007) visant l'utilisation du système et une en avril 2007 concernant l'extraction de données d'un rapport. Le commissaire régional a également rencontré et offert un soutien aux CL pour l'utilisation du système.

VISITES D'APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

En 2006-2007, sous l'égide du Ministère, l'Agence a participé aux visites d'appréciation qui ont eu lieu dans 4 CHSLD et 6 autres visites d'appréciation qui ont été effectuées dans des ressources intermédiaires (RI) et des ressources de type familial (RTF). Il y a donc eu 6 visites de moins qu'en 2005-2006. Ce nombre s'explique en partie par le fait que le Ministère a organisé une formation de trois jours pour l'équipe des visiteurs à l'automne 2006, cette formation leur étant nécessaire pour être en mesure d'exercer leur mandat.

Rappelons que ces visites d'appréciation ont pour objectif d'évaluer la qualité du milieu de vie des résidants et de permettre à l'établissement d'établir un plan d'action visant l'amélioration du milieu de vie et la qualité des services. Le suivi des plans d'action est sous la responsabilité de la Direction générale associée à la coordination du réseau (DGACR) à l'Agence et est disponible sur demande en vertu de la *Loi d'accès à l'information*. Quant aux rapports de visites, ils sont accessibles via le site Internet du Ministère[19].

[19] www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/visites_appreciation/visites.php

CHAPITRE II
PLAINTES TRAITÉES PAR LES ÉTABLISSEMENTS DE LA MONTÉRÉGIE

7. Présentation

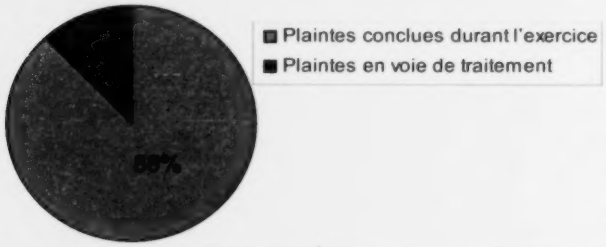
Ce chapitre porte sur l'application de la procédure d'examen des plaintes par les établissements de la Montérégie et il comporte deux volets : le premier fait état du bilan des plaintes et des activités de l'ensemble des établissements en Montérégie et le second nous permet d'identifier, par mission, le bilan des plaintes et des activités (CH, CLSC, CHSLD, CJ, CR).

Pour l'année 2006-2007, les 41 établissements ont transmis leur rapport en fonction de la mission de chacun. Des 21 établissements privés conventionnés (12) et non conventionnés (9), 11 n'ont reçu aucune plainte au cours de l'année et n'ont ainsi pas produit de rapport[20].

8. Plaintes traitées par les établissements

Il y a eu 2 052 dossiers de plaintes examinés par les CL et les ME et 1 804 de ces dossiers ont été conclus entre le 1er avril 2006 et le 31 mars 2007[21].

Figure 7 – Proportion des dossiers conclus



Dans ce bilan, seul les CL ont eu une augmentation de leurs activités. En effet, ils ont eu 296 dossiers de plus à traiter comparativement à 2005-2006.

8.1 Auteur et mode de dépôt

Alors qu'en 2005-2006 les auteurs de plaintes provenaient à 58 % d'un usager, à 39 % de son représentant et à 3 % d'un tiers, ce qui constituait une légère augmentation avec l'année précédente (voir figure 8), en 2006-2007, les auteurs de plaintes sont les usagers eux-mêmes dans 60 % des cas ou son représentant dans 38 % des cas et il ne s'agit d'un tiers que dans 2 % des cas. Ce qui démontre qu'au point de vue du volume il y a plus d'un auteur pour la même plainte et explique qu'il y a plus d'auteurs (1 837) que de dossiers de plaintes traités et conclus (1 804).

Tableau XIV – Auteur de la plainte

	Usager	Représentant	Tiers
CL	932	600	19
ME	164	104	18
Total	**1 096**	**704**	**37**

[20] Voir Annexe I – Nomenclature des établissements et installations par mission

[21] Données extraites du SIGPAQS. Il est à noter que le SIGPAQS ne fournit pas de données pour les dossiers fermés, il faut donc comprendre qu'il les inclue dans le nombre de plaintes traitées et conclues.

7. Présentation

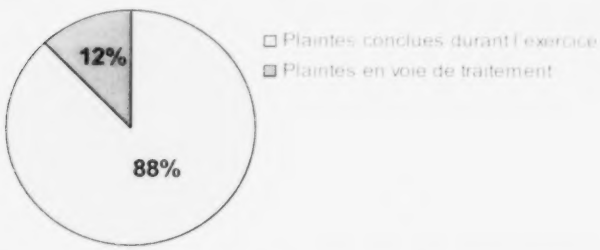
Ce chapitre porte sur l'application de la procédure d'examen des plaintes par les établissements de la Montérégie et il comporte deux volets : le premier fait état du bilan des plaintes et des activités de l'ensemble des établissements en Montérégie et le second nous permet d'identifier, par mission, le bilan des plaintes et des activités (CH, CLSC, CHSLD, CJ, CR).

Pour l'année 2006-2007, les 41 établissements ont transmis leur rapport en fonction de la mission de chacun. Des 21 établissements privés conventionnés (12) et non conventionnés (9), 11 n'ont reçu aucune plainte au cours de l'année et n'ont ainsi pas produit de rapport[7].

8. Plaintes traitées par les établissements

Il y a eu 2 052 dossiers de plaintes examinés par les CL et les ME et 1 804 de ces dossiers ont été conclus entre le 1er avril 2006 et le 31 mars 2007.

Figure 7 – Proportion des dossiers conclus



Dans ce bilan, seul les CL ont eu une augmentation de leurs activités. En effet, ils ont eu 296 dossiers de plus à traiter comparativement à 2005-2006.

8.1 Auteur et mode de dépôt

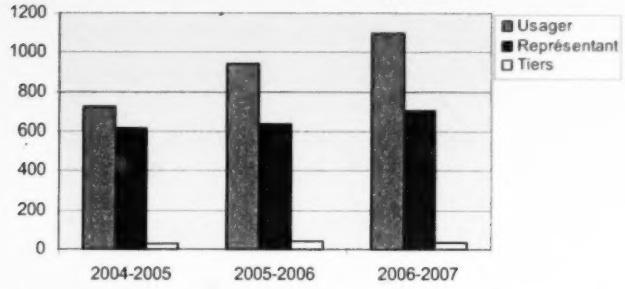
Alors qu'en 2005-2006 les auteurs de plaintes provenaient à 58 % d'un usager, à 39 % de son représentant et à 3 % d'un tiers, ce qui constituait une légère augmentation avec l'année précédente (voir figure 8), en 2006-2007, les auteurs de plaintes sont les usagers eux-mêmes dans 60 % des cas ou son représentant dans 38 % des cas et il ne s'agit d'un tiers que dans 2 % des cas. Ce qui démontre qu'au point de vue du volume il y a plus d'un auteur pour la même plainte et explique qu'il y a plus d'auteurs (1 837) que de dossiers de plaintes traités et conclus (1 804).

Tableau XII – Auteur de la plainte

	Usager	Représentant	Tiers
CL	932	600	19
ME	164	104	18
Total	**1 096**	**704**	**37**

[7] Voir Annexe I – Nomenclature des établissements et installations par mission.
Données extraites du SIGPAQS. Il est à noter que le SIGPAQS ne fournit pas de données pour les dossiers fermés. Il faut donc comprendre qu'il les inclue dans le nombre de plaintes traitées et conclues.

Figure 8 – Évolution - auteur de la plainte



Comparativement à l'année 2005-2006, les tableaux XV et XVI montrent, en ce qui concerne le mode de dépôt des plaintes, une augmentation de 179 dossiers de plaintes formulées verbalement et 68 dossiers déposés par écrit pour 2006-2007, soit 59 % de plaintes verbales et 41 % de plaintes écrites reçues dans les établissements.

Tableau XV – Mode de dépôt

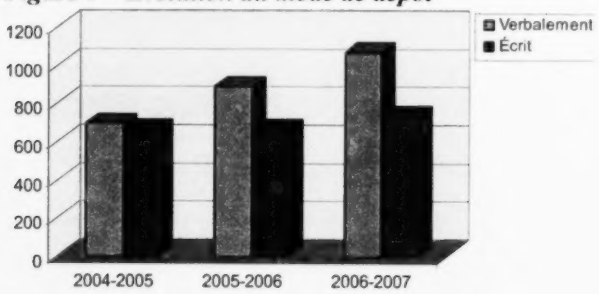
Mode de dépôt	Plaintes verbales	Plaintes écrites	Total
CL	923	600	**1 523**
ME	144	137	**281**
Total	**1 067**	**737**	**1 804**

Tableau XVI – Évolution du mode de dépôt

Mode de dépôt	CL		ME	
	2005-2006	2006-2007	2005-2006	2006-2007
Verbalement	762	923	126	144
Par écrit	514	600	155	137
Total	**1 276**	**1 523**	**281**	**281**

Il est à noter qu'une augmentation de cet ordre peut avoir un impact significatif sur le temps consacré aux dossiers de plaintes en cours, puisque contrairement à une plainte écrite, il nécessite un plus long temps d'écoute et souvent un rappel dû à un manque de précision de l'auteur qui dépose sa plainte. Encore une fois, on peut constater au tableau XVI que ce sont les CL qui ont été le plus affectés par cette augmentation.

Figure 9 – Évolution du mode de dépôt



8.2 Délai de traitement

Dans l'ensemble, les données compilées au tableau XVII permettent de constater que le délai de 45 jours prévu à la Loi a été respecté à 79 % en ce qui concerne les dossiers de plaintes (1 434 sur 1 804).

Tableau XVII – Délai de traitement des plaintes conclues

Délai de traitement en jours	CL	ME	Total
Un jour	253	17	270
2 à 7	182	23	205
8 à 30	470	72	542
31 à 45	362	55	417
46 à 60	124	33	157
61 à 90	92	35	127
91 jours et plus	38	26	64
180 jours et plus	2	20	22
Total	**1 523**	**281**	**1 804**

En 2005-2006, les CL avaient rendu leur décision à l'intérieur du délai de 45 jours dans 74 % des dossiers de plaintes qui leur avaient été soumis, tandis que les ME l'avaient fait dans 57 % des cas.

Pour 2006-2007, nous constatons une amélioration du respect du délai fixé par la Loi, soit 9 % pour les CL et 2 % pour les ME. Plus particulièrement, ce sont les CL qui ont respecté le délai prescrit dans 83 % des dossiers (1 267 sur 1 523) et les ME ont émis leur conclusion dans ce même délai dans 59 % des cas (167 sur 281).

8.3 Bilan des dossiers conclus

Au 1er avril 2006, 162 plaintes étaient déjà en traitement. Si l'on ajoute à cela les 1 890 reçues durant l'exercice en cours, nous obtenons un total de 2 052 plaintes pour une population de 1 364 287 habitants.

Sur ces 2 052 plaintes, 1 804 d'entre elles ont été traitées et conclues avant le 31 mars 2007. Il ne reste donc que 248 dossiers à conclure dans le prochain exercice de 2007-2008. Nous constatons donc une efficience relative du traitement régional des plaintes par rapport à 2005-2006 où il y avait eu 1 738 dossiers de plaintes, dont 1 557 conclus et 181 qui ont été traités en 2006-2007.

Tableau XVIII – Bilan des dossiers de plaintes traités par les établissements

	Dossiers en voie de traitement au 01-04-2006	Dossiers reçus durant l'exercice	Total	Dossiers conclus durant l'exercice	Dossiers en voie de traitement au 31-03-2007	Recours 2e palier
CL	113	1 579	1 692	1 523	169	40
ME	49	311	360	281	79	16
Total	**162**	**1 890**	**2 052**	**1 804**	**248**	**56**

Ainsi, le tableau XVIII démontre qu'il y a eu 1 523 plaintes examinées, traitées et conclues par les CL durant l'exercice par rapport à 2 052 dossiers actifs.

Pour ce qui est des plaintes conclues, alors qu'en 2005-2006 il y avait eu 45 dossiers réexaminés sur une possibilité de 1 276 actifs, en 2006-2007, seulement 40 dossiers ont fait l'objet d'un deuxième examen sur une possibilité de 1 804 dossiers.

En ce qui concerne le recours à un deuxième palier, les plaignants peuvent s'adresser au Protecteur[22] dans les cas suivants :

- désaccord avec les conclusions ou les mesures correctives du commissaire;
- conclusions non reçues dans le délai prescrit;
- mesures correctives émises par le commissaire auxquelles l'établissement n'a pas donné suite de façon satisfaisante.

Pour les ME, le recours du plaignant en deuxième instance n'est pas le même. En effet, dans le cas d'une plainte concernant un médecin, un dentiste ou un pharmacien, la Loi prévoit qu'à la suite du non-respect du délai de 45 jours, le plaignant pourra faire réviser la décision du ME par un comité de révision désigné par le conseil d'administration de l'établissement[23]. Le plaignant dispose de 60 jours pour soumettre sa demande au comité et celui-ci doit rendre une décision motivée et finale dans un délai de 60 jours.

Alors qu'en 2005-2006 il y avait eu 31 demandes adressées aux comités de révision de la Montérégie, en 2006-2007, les comités ont reçu 16 demandes de révision sur une possibilité de 281. Il y a donc une diminution du nombre de dossiers en révision, bien que le nombre de plaintes ait augmenté, ce qui indique que les personnes plaignantes sont satisfaites des réponses des CL et des ME.

8.3.1 Bilan du volume des plaintes depuis trois ans

À la lecture du tableau XIX, nous remarquons que depuis les trois dernières années, il y a eu une augmentation du volume de plaintes (255) pour les CL et un volume plus ou moins constant pour les ME.

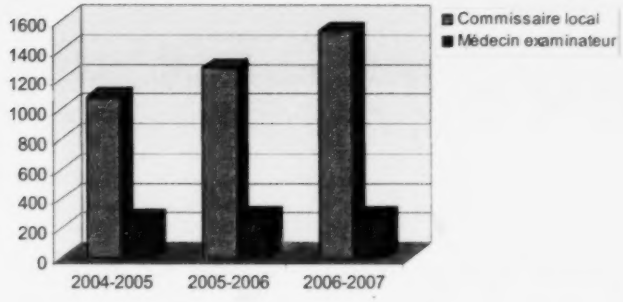
Tableau XIX – Évolution des dossiers de plaintes

	2004-2005	2005-2006	2006-2007
CL	1 065	1 268	1 523
ME	269	281	281
Total	**1 334**	**1 549**	**1 804**

En 2007-2008, il sera intéressant d'observer, si, à la suite de l'instauration du nouveau régime des plaintes, les proportions demeureront les mêmes étant donné que 2006-2007 est une année de transition, et ce, tant sur le plan du volume que de la répartition des plaintes, comme illustré par la figure 10.

[22] Loi, note 1, art. 66, al. 2 (6).
[23] Id., note 1, art. 51.

Figure 10 – Évolution des dossiers depuis les trois dernières années en établissements



8.4 Objets de plaintes

Les objets de plaintes sont les motifs qui ont donné lieu à la plainte. Il peut donc, dans un dossier de plainte, y avoir un ou plusieurs objets à examiner. Alors qu'en 2005-2006, les CL ont analysé 1 485 objets pour 1 396 dossiers, en 2006-2007, ils en ont eu 345 de plus, soit 1 830 objets pour 1 692 dossiers. Quant aux ME, alors qu'en 2005-2006, ils ont étudié 303 objets pour 342 dossiers, en 2006-2007, ils ont étudié 347 objets pour 360 dossiers, soit 44 objets de plus.

La majorité des objets de plaintes reçus par les CL et les ME se retrouvent dans les trois premières catégories.

Tableau XX – Objets de plaintes

Catégorie d'objets	CL	ME	Total
Accessibilité (délais, refus de services, transfert, absence de services, choix d'établissement et accessibilité linguistique)	468	52	520
Soins et services dispensés (habileté, évaluation, jugement, continuité et intervention du professionnel)	449	179	628
Relations interpersonnelles (fiabilité, respect de la personne, de la vie privée, empathie, communication, violence, etc.)	361	89	450
Organisation du milieu et ressources matérielles (alimentation, hygiène, confort, sécurité, etc.)	276	-	276
Aspect financier (frais d'hébergement, facturation de transport ambulancier ou de biens et services, etc.)	155	7	162
Droits particuliers (information, consentement aux soins, droits aux recours, à la représentation, etc.)	95	19	114
Autres objets (tous ceux qui ne sont pas dans les autres catégories d'objets)	26	1	27
Total	**1 830**	**347**	**2 177**

Par rapport aux tendances annuelles, le tableau XXI montre que les quatre premières catégories sont en nette progression cette année, accompagnées des droits particuliers, tandis que les autres objets et l'aspect financier ont diminué.

Tableau XXI – Objets de plaintes par année

Catégorie d'objets	2004-2005	2005-2006	2006-2007
Accessibilité (délais, refus de services, transfert, absence de services, choix d'établissement et accessibilité linguistique)	335	370	520
Soins et services dispensés (habileté, évaluation, jugement, continuité et intervention du professionnel)	641	532	628
Relations interpersonnelles (fiabilité, respect de la personne, de la vie privée, empathie, communication, violence, etc.)	353	344	450
Organisation du milieu et ressources matérielles (alimentation, hygiène, confort, sécurité, etc.)	183	184	276
Aspect financier (frais d'hébergement, facturation de transport ambulancier ou de biens et services, etc.)	125	239	162
Droits particuliers (information, consentement aux soins, droits aux recours, à la représentation, etc.)	38	79	114
Autres objets (tous ceux qui ne sont pas dans les autres catégories d'objets)	41	40	27
Total	**1 716**	**1 788**	**2 177**

8.5 Niveau de traitement

À la suite de la réception d'une plainte et du résultat de l'enquête, le CL ou le ME peut, selon le cas, déterminer si les objets sont retenus ou non. Les résultats ci-dessous démontrent que près de la moitié des objets n'ont pas donné lieu à des mesures correctives (1 036 objets sur 1 804 dossiers). Cette proportion est sensiblement la même qu'en 2005-2006, soit 948 objets sans mesure pour 1 557 dossiers.

En ce qui concerne les objets de plaintes abandonnés, rejetés ou interrompus, en 2005-2006, leur nombre était de 90 objets sur 1 395 objets avec ou sans mesure corrective. En 2006-2007, le nombre est plus élevé, à savoir : 149 objets refusés, abandonnés ou rejetés sur 2 028 objets. Toutefois, dans notre analyse, il faut considérer l'augmentation d'objets, soit 2 028.

Alors qu'en 2005-2006 il y a eu 721 mesures correctives émises par les CL et les ME, en 2006-2007, 992 objets de plaintes ont généré 1 102 mesures correctives pour améliorer la qualité des services dans les établissements.

Tableau XXII – Niveau de traitement des objets de plaintes en établissements

Catégorie d'objets	Rejeté sur examen sommaire		Abandonné Traitement refusé ou interrompu		Traitement complété			
					sans mesure corrective		**avec** mesures correctives	
	CL	ME	CL	ME	CL	ME	CL	ME
Accessibilité (délais, refus de services, transfert, absence de services, choix d'établissement et accessibilité linguistique)	5	-	21	1	265	37	177	14
Soins et services dispensés (habileté, évaluation, jugement, continuité et intervention du professionnel)	14	10	18	9	209	122	208	38
Relations interpersonnelles (fiabilité, respect de la personne, de la vie privée, empathie, communication, violence, etc.)	5	2	18	3	105	48	233	36
Organisation du milieu et ressources matérielles (alimentation, hygiène, confort, sécurité, etc)	6	-	12	-	99	-	159	-
Aspect financier (frais d'hébergement, facturation de transport ambulancier ou de biens et services, etc.)	7	-	7	-	75	5	66	2
Droits particuliers (information, consentement aux soins, droits aux recours, à la représentation, etc.)	4	1	-	1	41	11	50	6
Autres objets (tous ceux qui ne sont pas dans les autres catégories d'objets)	1	1	3	-	19	-	3	-
Total	**42**	**14**	**79**	**14**	**813**	**223**	**896**	**96**

8.6 Principales mesures correctives des commissaires locaux et des médecins examinateurs

Les 1 007 mesures correctives émises à l'endroit des établissements par les CL ont principalement pour but d'informer et de sensibiliser les intervenants, de voir à ce que les services soient adaptés à la clientèle et d'améliorer les communications. Concernant les ME, les 95 mesures correctives visent essentiellement les objectifs suivants: informer et sensibiliser les intervenants et améliorer la communication Le tableau XXIII en fournit les détails.

Tableau XXIII – Mesures correctives

Mesures correctives	CL	ME
Adaptation des services	52	1
Adaptation du milieu de vie	12	-
Adoption ou élaboration (charte, code d'éthique, procédure)	50	6
Ajustement administratif	58	2
Ajustement des activités professionnelles	44	9
Ajustement financier	37	-
Ajustement technique et matériel	73	1
Amélioration de la continuité	22	3
Amélioration des communications	76	22
Amélioration des conditions de vie	9	-
Amélioration des mesures de sécurité et de protection	17	1
Application de la procédure d'examen	1	-
Changement d'intervenant	16	4
Encadrement des intervenants	120	-
Évaluation des besoins	13	-
Formation des intervenants	29	-
Information et sensibilisation des intervenants	187	26
Mesure disciplinaire	23	4
Obtention des services	45	6
Promotion du régime et respect des droits	6	2
Réduction du délai	13	1
Régulation du processus d'accès	9	-
Relocalisation de l'usager et transfert	8	2
Respect des droits de l'usager	13	2
Respect du choix	1	-
Révision	52	3
Utilisation d'interprète	21	-
Total	**1 007**	**95**

9. Plaintes traitées par mission

À la suite de notre analyse du bilan général des plaintes en Montérégie, nous procéderons maintenant à l'analyse du bilan des plaintes par mission des établissements.

9.1 Auteur et mode de dépôt

Tout d'abord, il faut noter que, comparativement à 2005-2006, le nombre de représentants qui dépose une plainte est plus élevé dans certaines missions (CHSLD, CJ et CR).

Le tableau XXIV nous permet de constater que ce sont les CH qui connaissent le plus grand volume de plaintes et contribuent ainsi pour une part importante dans l'effort total de traitement des plaintes.

Tableau XXIV – Auteur de la plainte

Mission	Usager	Représentant	Tiers	Total
CH	821	423	28	**1 272**
CLSC	200	85	3	**288**
CHSLD	25	67	2	**94**
CJ	11	82	4	**97**
CR	39	47	-	**86**
Total	**1 096**	**704**	**37**	**1 837**

Quant au tableau XXV, il indique que les plaintes verbales sont majoritaires dans presque toutes les catégories de mission. Par contre, dans les CHSLD, la proportion de plaintes écrites est plus importante qu'ailleurs.

Tableau XXV – Mode de dépôt

Mission	Plaintes écrites	Plaintes verbales	Total
CH	554	701	**1 255**
CLSC	97	186	**283**
CHSLD	40	51	**91**
CJ	22	73	**95**
CR	24	56	**80**
Total	**737**	**1 067**	**1 804**

On constate également que le mode de dépôt verbal est plus important dans les CH, ce qui peut avoir un impact significatif sur le temps consacré aux dossiers de plaintes et aux autres activités des CL et des ME étant donné le temps d'écoute accordé à l'auteur de la plainte.

9.2 Délai de traitement

Selon les rapports et les missions des établissements, les CL et les ME ont traité majoritairement les plaintes en moins de 45 jours. Ainsi, les CH ont traité durant le délai prescrit plus de 1 040 dossiers sur 1 215; les CLSC ont traité 218 dossiers sur 283; les CHSLD ont traité 70 dossiers sur 91; les CJ ont traité 91 dossiers sur 95 et les CR ont traité 65 dossiers sur 70.

Tableau XXVI – Délai de traitement des plaintes conclues

Délai de traitement en jours	CH	CLSC	CHSLD	CJ	CR	Total
Un jour	217	20	4	23	6	**270**
2 à 7	145	26	8	19	7	**205**
8 à 30	348	104	26	33	31	**542**
31 à 45	280	68	32	16	21	**417**
46 à 60	121	25	6	1	4	**157**
61 à 90	85	26	9	2	5	**127**
91 à 180	38	13	6	1	6	**64**
181 jours et plus	21	1	-	-	-	**22**
Total	**1 255**	**283**	**91**	**95**	**70**	**1 804**

Dans l'appréciation du délai de traitement d'un dossier de plainte, il faut considérer la complexité de certains dossiers, les urgences et le volume d'activité qui contribuent à augmenter ce délai.

9.3 Bilan des dossiers conclus

Le tableau XXVII illustre que le total de plaintes dans les CH est plus élevé tant pour les commissaires (989) que pour les ME (266) et que seulement 21 d'entre elles sont parvenues en deuxième instance jusqu'au Protecteur, soit 17 plaintes pour les CL et 4 plaintes médicales pour les ME au comité de révision.

Dans les CLSC, les plaintes se retrouvant devant le Protecteur proviennent exclusivement des CL pour l'exercice en cours. De plus, ils ont trois fois moins de plaintes que dans les CH (273-989) et le nombre de plaintes se retrouvant devant le Protecteur est sensiblement le même que dans les CH (13-17). Par contre, aucune des 10 plaintes traitées par les ME n'a fait l'objet d'étude au comité de révision.

Dans les CHSLD, il y a eu, en proportion, comparativement aux CH et aux CLSC, moins de plaintes portées à l'attention des CL (87) et seulement 3 ont été révisées par le Protecteur. Quant aux ME, 2 plaintes dans les CHSLD ont été soumises au comité de révision.

Les CJ ont eu 95 dossiers, dont un seul a fait l'objet d'un examen de deuxième instance, tandis que pour les CR, sur 79 dossiers, 6 ont été à l'étude par le Protecteur.

Il est à noter que les données du SIGPAQS ne nous permettent pas de savoir combien de plaintes soumises au Protecteur ou au comité de révision ont été en accord ou en désaccord avec les recommandations des CL ou des ME.

Tableau XXVII – Bilan des dossiers de plaintes traitées

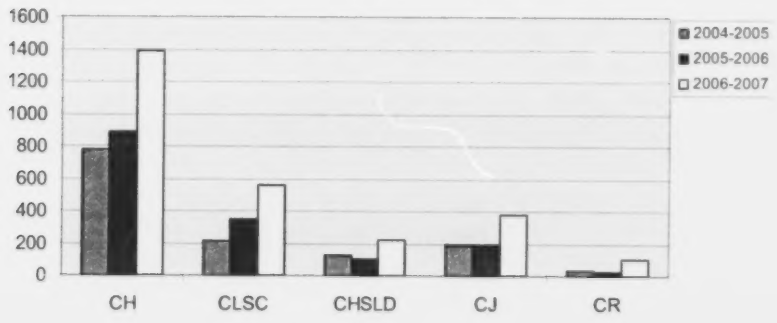
Mission	Plaintes en voie de traitement au 01-04-2006		Plaintes reçues durant l'exercice		Total		Plaintes conclues durant l'exercice		Plaintes en voie de traitement au 31-03-2007		Recours au 2e palier	
	CL	ME	CL	ME	CL	ME	CL	ME	CL	ME	CL	ME
CH	55	45	1 048	299	1 103	344	989	266	114	78	17	14
CLSC	34	3	264	7	298	10	273	10	25	-	13	-
CHSLD	7	1	93	4	100	5	87	4	13	1	3	2
CJ	6	S/O	93	S/O	99	S/O	95	S/O	4	S/O	1	S/O
CR	11	S/O	81	1	92	1	79	1	13	S/O	6	S/O
Total	**113**	**49**	**1 579**	**311**	**1 692**	**360**	**1 523**	**281**	**169**	**79**	**40**	**16**

Le tableau XXIII indique qu'en 2006-2007, les CL dans les CH et dans les CR ont eu plus de plaintes conclues que dans les années précédentes, alors que dans les autres missions (CLSC, CJ, CHSLD), le nombre de dossiers conclus a diminué. Quant à la figure 11, elle en représente l'évolution.

Tableau XXVIII – Évolution des dossiers de plaintes

Mission	2004-2005		2005-2006		2006-2007	
	CL	ME	CL	ME	CL	ME
CH	521	256	615	275	989	266
CLSC	202	10	348	1	273	10
CHSLD	121	3	98	5	87	4
CJ	191	S/O	185	S/O	95	S/O
CR	30	S/O	22	S/O	79	1
Total	**1 065**	**269**	**1 268**	**281**	**1 523**	**281**

Figure 11 – Évolution des dossiers conclus par mission



9.4 Objets de plaintes

Le tableau XXIX démontre que dans les CH, seuls les services et soins dispensés étaient la principale cause des plaintes en 2005-2006, alors qu'en 2006-2007, les objets de plaintes concernent encore les soins et les services dispensés (414), mais également l'accessibilité (371) et les relations interpersonnelles (322), pour lequel on note une augmentation de 147 objets.

Dans les CLSC, alors qu'en 2005-2006, c'était l'aspect financier qui constituait l'ensemble des objets de plaintes, en 2006-2007, la majorité des objets concerne l'accessibilité (104), suivi de près par les soins et services dispensés (82). On note également une augmentation en ce qui concerne les relations interpersonnelles (15 de plus).

Dans les CHSLD, tout comme en 2005-2006, ce sont les soins et services dispensés qui dominent (44), suivi des objets reliés à l'organisation du milieu et des ressources matérielles (34). Par contre, il y a eu une diminution des objets dans la catégorie des relations interpersonnelles (29 au lieu de 39).

Dans le bilan des CJ, en 2005-2006, on retrouvait surtout les objets reliés aux soins et services dispensés et aux relations interpersonnelles. En 2006-2007, ce sont encore les objets reliés aux soins et services dispensés (48), mais les relations interpersonnelles ont diminué (17 au lieu de 27).

Dans les CR, ce sont les soins et services (39) suivi des relations interpersonnelles (27) et de l'accessibilité (24) qui dominent; une situation inchangée (en catégorie et en proportion relative) depuis 2005-2006.

Au terme de ce qui suit, il est clair que les trois premières catégories du tableau XXIX génèrent la majorité des objets de plaintes et qu'il faut se soucier pour certaines missions de l'augmentation des objets au point de vue des relations interpersonnelles.

Tableau XXIX – Objets de plaintes

Catégorie d'objets	CH	CLSC	CHSLD	CJ	CR
Accessibilité (délais, refus de services, transfert, absence de services, choix d'établissement et accessibilité linguistique)	371	104	10	11	24
Soins et services dispensés (habileté, évaluation, jugement, continuité et intervention du professionnel)	414	82	44	48	39
Relations interpersonnelles (fiabilité, respect de la personne, de la vie privée, empathie, communication, violence, etc.)	322	54	29	17	27
Organisation du milieu et ressources matérielles (alimentation, hygiène, confort, sécurité, etc.)	192	34	34	6	10
Aspect financier (frais d'hébergement, facturation de transport ambulancier ou de biens et services, etc.)	123	27	6	5	1
Droits particuliers (information, consentement aux soins, droits aux recours, à la représentation, etc.)	66	13	6	22	7
Autres objets (tous ceux qui ne sont pas dans les autres catégories d'objets)	13	4	2	5	3
Total	**1 501**	**318**	**131**	**114**	**111**

9.5 Niveau de traitement des dossiers et principales mesures correctives

Dans les CH, 742 objets n'ont pas nécessité de mesures correctives, 57 ont été abandonnés et 35 ont été rejetés. Par contre, 667 objets ont nécessité des mesures correctives pour améliorer la qualité des services.

Tableau XXX – Niveau de traitement des objets de plaintes dans les CH

Catégorie d'objets	Rejeté sur examen sommaires	Abandonné - Traitement refusé ou interrompu	Traitement complété	
			sans mesure corrective	**avec** mesures correctives
Accessibilité (délais, refus de services, transfert, absence de services, choix d'établissement et accessibilité linguistique)	3	12	230	126
Soins et services dispensés (habileté, évaluation, jugement, continuité et intervention du professionnel)	14	15	238	147
Relations interpersonnelles (fiabilité, respect de la personne, de la vie privée, empathie, communication, violence, etc.)	6	14	107	195
Organisation du milieu et ressources matérielles (alimentation, hygiène, confort, sécurité, etc.)	3	9	72	108
Aspect financier (frais d'hébergement, facturation de transport ambulancier ou de biens et services, etc.)	4	3	62	54
Droits particuliers (information, consentement aux soins, droits aux recours, à la représentation, etc.)	3	1	26	36
Autres objets (tous ceux qui ne sont pas dans les autres catégories d'objets)	2	3	7	1
Total	**35**	**57**	**742**	**667**

En 2005-2006, les mesures correctives concernaient principalement les catégories de soins et services dispensés et d'accessibilité. En 2006-2007, ce sont les relations interpersonnelles (195), suivi des soins et services dispensés (147) et de l'accessibilité (126), alors que les autres catégories sont moindres. Ces mesures correctives avaient pour but de :

- former et sensibiliser les employés;
- améliorer les communications;
- encadrer et assurer le suivi des pratiques professionnelles des intervenants;
- adapter les services aux besoins de la clientèle;
- ajuster et respecter les procédures et politiques administratives;
- rappeler aux intervenants les procédures et politiques.

Dans les CLSC, 121 objets n'ont pas nécessité de mesures correctives, 18 ont été abandonnés ou interrompus et 5 rejetés sur examen sommaire. Par contre, 174 objets ont nécessité des mesures correctives pour améliorer la qualité des services.

Tableau XXXI – Niveau de traitement des objets de plaintes dans les CLSC

Catégorie d'objets	Rejeté sur examen sommaires	Abandonné - Traitement refusé ou interrompu	Traitement complété	
			sans mesure corrective	**avec** mesures correctives
Accessibilité (délais, refus de services, transfert, absence de services, choix d'établissement et accessibilité linguistique)	-	9	46	49
Soins et services dispensés (habileté, évaluation, jugement, continuité et intervention du professionnel)	3	5	28	46
Relations interpersonnelles (fiabilité, respect de la personne, de la vie privée, empathie, communication, violence, etc.)		1	15	38
Organisation du milieu et ressources matérielles (alimentation, hygiène, confort, sécurité, etc.)	1	2	7	24
Aspect financier (frais d'hébergement, facturation de transport ambulancier ou de biens et services, etc.)	1	1	13	12
Droits particuliers (information, consentement aux soins, droits aux recours, à la représentation, etc.)	-	-	8	5
Autres objets (tous ceux qui ne sont pas dans les autres catégories d'objets)	-	-	4	-
Total	**5**	**18**	**121**	**174**

Ces mesures correctives recommandées visaient principalement l'accessibilité (49) et les soins et services dispensés (46) (aucun changement par rapport à l'an dernier), suivi des relations interpersonnelles (38). Ces mesures avaient pour but :

- d'informer et sensibiliser les intervenants;
- d'améliorer la continuité;
- d'améliorer l'encadrement et le suivi des intervenants;
- d'adapter les services aux besoins des usagers;
- de revoir les politiques et procédures administratives.

Dans les CHSLD, 42 objets n'ont pas nécessité de mesures correctives et 10 ont été abandonnés ou rejetés. Par contre, 79 objets ont donné lieu à des mesures correctives pour améliorer la qualité des services.

Tableau XXXII – Niveau de traitement des objets de plaintes dans les CHSLD

Catégorie d'objets	Rejeté sur examen sommaires	Abandonné - Traitement refusé ou interrompu	Traitement complété	
			sans mesure corrective	**avec** mesures correctives
Accessibilité (délais, refus de services, transfert, absence de services, choix établissement et accessibilité linguistique)	-	1	3	6
Soins et services dispensés (habileté, évaluation, jugement, continuité et intervention du professionnel)	1	3	13	27
Relations interpersonnelles (fiabilité, respect de la personne, de la vie privée, empathie, communication, violence, etc.)	-	1	9	19
Organisation du milieu et ressources matérielles (alimentation, hygiène, confort, sécurité, etc.)	1	1	12	20
Aspect financier (frais d'hébergement, facturation de transport ambulancier ou de biens et services etc.)	1	1	3	1
Droits particuliers (information, consentement aux soins, droits aux recours, à la représentation, etc.)	-	-	1	5
Autres objets (tous ceux qui ne sont pas dans les autres catégories d'objets)	-	-	1	1
Total	**3**	**7**	**42**	**79**

Comparativement à 2005-2006 où c'étaient surtout les relations interpersonnelles qui avaient été en nombre, en 2006-2007, les 79 objets analysés concernaient principalement les soins et services dispensés (27) et l'organisation du milieu et les ressources matérielles (20), suivi des relations interpersonnelles (19). On peut donc noter une nette amélioration au point de vue du nombre d'objets reliés aux relations interpersonnelles.

Pour ce qui est des mesures correctives, elles avaient pour but :

- d'informer et de sensibiliser les professionnels;
- d'améliorer la continuité des services;
- de réviser les techniques de soins;
- d'évaluer les besoins de la clientèle.

Dans les CJ, 77 objets n'ont pas nécessité de mesures correctives et seulement 15 ont été abandonnés ou rejetés. Par contre, 22 objets ont justifié des mesures correctives pour améliorer la qualité des services.

Tableau XXXIII – Niveau de traitement des objets de plaintes dans les CJ

Catégorie d'objets	Rejeté sur examen sommaires	Abandonné - Traitement refusé ou interrompu	Traitement complété	
			sans mesure corrective	**avec** mesures correctives
Accessibilité (délais, refus de services, transfert, absence de services, choix d'établissement et accessibilité linguistique)	-	-	7	4
Soins et services dispensés (habileté, évaluation, jugement, continuité et intervention du professionnel)	4	2	35	7
Relations interpersonnelles (fiabilité, respect de la personne, de la vie privée, empathie, communication, violence, etc.)	1	3	10	3
Organisation du milieu et ressources matérielles (alimentation, hygiène, confort, sécurité, etc.)	0	-	3	3
Aspect financier (frais d'hébergement, facturation de transport ambulancier ou de biens et services, etc.)	1	2	2	0
Droits particuliers (information, consentement aux soins, droits aux recours, à la représentation, etc.)	2	-	15	5
Autres objets (tous ceux qui ne sont pas dans les autres catégories d'objets)	-	-	5	0
Total	**8**	**7**	**77**	**22**

En 2005-2006, les relations interpersonnelles représentaient la principale catégorie d'objets de plaintes et il y en avait très peu pour les droits particuliers. En 2006-2007, on remarque une diminution d'objets de plaintes en ce qui concerne les relations interpersonnelles, mais une augmentation pour ce qui est des soins et services dispensés et des droits particuliers.

Les mesures correctives des 22 objets retenus avaient pour but:

- d'encadrer les intervenants;
- de respecter les droits des usagers;
- d'améliorer les communications.

Dans les CR, 54 objets n'ont pas été retenus et 9 ont été rejetés ou abandonnés. Par contre, 49 objets ont donné lieu à des mesures correctives pour améliorer la qualité des services.

Tableau XXXIV – Niveau de traitement des objets de plaintes dans les CR

Catégorie d'objets	Rejeté sur examen sommaires	Abandonné Traitement refusé ou interrompu	Traitement complété	
			sans mesure corrective	**avec** mesures correctives
Accessibilité (délais, refus de services, transfert, absence de services, choix d'établissement et accessibilité linguistique)	2	-	16	6
Soins et services dispensés (habileté, évaluation, jugement, continuité et intervention du professionnel)	2	2	17	19
Relations interpersonnelles (fiabilité, respect de la personne, de la vie privée, empathie, communication, violence, etc.)	-	2	12	13
Organisation du milieu et ressources matérielles (alimentation, hygiène, confort, sécurité, etc.)	1	-	5	4
Aspect financier (frais d'hébergement, facturation de transport ambulancier ou de biens et services, etc.)	-	-	-	1
Droits particuliers (information, consentement aux soins, droits aux recours, à la représentation, etc.)	-	-	2	5
Autres objets (tous ceux qui ne sont pas dans les autres catégories d'objets)	-	-	2	1
Total	**5**	**4**	**54**	**49**

On remarque au tableau XXXIV que la proportion des objets n'ayant pas nécessité de mesures correctives, n'ayant pas été retenu ou ayant été rejeté ou abandonné est la même qu'en 2005-2006 et vise en nombre les mêmes catégories d'objets sauf pour l'organisation deu milieu et les droits particuliers où il n'y a eu aucun objet l'an dernier.

Il est à noter qu'un plus grand nombre d'objets (9) ont été rejetés en 2006-2007 par rapport à 2005-2006 (3).

Les mesures correctives des 49 objets retenus avaient pour but:

- d'ajuster les activités professionnelles;
- de réviser les procédures de soins;
- d'améliorer les communications.

Le tableau XXXV représente le portrait régional du nombre de recommandations faites par les CL et les ME pour améliorer la qualité des services. À la suite de l'analyse des 2 175 objets[24] des 1 804 plaintes conclues en 2006-2007, il y a eu 1 102 mesures correctives recommandées.

Tableau XXXV – Mesures correctives

Mesures correctives	CH	CLSC	CHSLD	CJ	CR
Adaptation des services	35	9	8	1	-
Adaptation du milieu de vie	4	-	6	-	2
Adoption ou élaboration (code d'éthique, procédure)	35	10	4	-	2
Ajustement administratif	40	14	5	-	1
Ajustement des activités professionnelles	27	9	3	1	13
Ajustement financier	30	4	1	-	2
Ajustement technique et matériel	46	20	5	-	3
Amélioration de la continuité	16	4	2	1	2
Amélioration des communications	67	16	6	4	5
Amélioration des conditions de vie	5	-	1	2	1
Amélioration des mesures de sécurité/protection	10	3	3	-	2
Application de la procédure d'examen	-	-	-	-	1
Changement d'intervenant	8	8	3	-	1
Encadrement des intervenants	77	24	9	7	3
Évaluation des besoins	4	5	3	-	1
Formation des intervenants	18	6	5	-	-
Information et sensibilisation des intervenants	168	28	14	-	3
Mesure disciplinaire	18	4	5	-	-
Obtention des services	42	8	1	-	-
Promotion du régime et respect des droits	4	-	-	1	3
Réduction du délai	9	2	1	2	-
Régulation du processus d'accès	-	7	-	-	2
Relocalisation de l'usager et transfert	6	-	-	1	3
Respect des droits de l'usager	5	-	2	4	4
Respect du choix	-	1	-	-	-
Révision	25	8	9	1	12
Autre	12	4	4	-	1
Total	**716**	**194**	**100**	**25**	**67**

Il en ressort que dans les missions des CH, des CLSC et des CHSLD, la majeure partie des mesures correctives vise l'information et la sensibilisation auprès des intervenants, alors que dans les CJ, c'est l'encadrement des intervenants qui prévaut. Dans les CR, le principal thème des mesures correctives est l'ajustement des pratiques professionnelles.

Le rapport SIGPAQS ne donne pas d'information sur le nombre de mesures ou sur l'application ou non de celles-ci, mais selon les documents remis par les CL, 96 % des mesures correctives ont été acceptées par les missions visées.

[24] Voir tableau XXX – Objets de plaintes

9.6 CHSLD privés conventionnés et non conventionnés

Pour ces établissements, 2006-2007 est aussi une année de transition à la suite de l'adoption du projet de loi 83. L'entrée en fonction des CL et des ME dans certains de ces établissements n'est pas stabilisée. De plus, certains de ceux-ci n'utilisent pas SIGPAQS. Par conséquent, les données suivantes doivent être analysées avec réserve.

Les établissements n'ayant rapporté aucune plainte expliquent ce fait par la mise en place de mesures correctives préventives telles que :

- présence d'un comité de résidants ou d'usagers;
- organisation de rencontres ou de suivi mensuel avec les familles;
- disponibilité de formulaires de plaintes avec mode de dépôt anonyme;
- distribution d'un dépliant mensuel sur les activités;
- formation du personnel à l'effet de diriger la personne vers le responsable s'il y a insatisfaction.

Pour ceux qui nous ont envoyé leur rapport, l'auteur de la plainte était majoritairement le représentant (6) et un tiers (1), et le mode de dépôt était une plainte écrite dans 5 dossiers et verbale dans les 2 autres.

À la lecture du tableau XXXVI, on peut constater que le délai de traitement de ces dossiers a été respecté dans tous les cas.

Tableau XXXVI – Délai de traitement – CHSLD privés conventionnés et non conventionnés

Délai de traitement en jour	Quantité
Un jour	-
De 2 à 7	-
De 8 à 30	1
De 31 à 45	6
De 46 à 60	-
De 61 à 90	-
De 91 à 180	-
De 181 jours et plus	-
Total	**7**

Tableau XXXVII – Objets de plaintes – CHSLD privés conventionnés et non conventionnés

Catégorie d'objets	CL
Soins et services dispensés	2
Relations interpersonnelles	4
Organisation du milieu et ressources matérielles	6
Total	**12**

Ainsi, dans les 7 dossiers de plaintes, 12 objets examinés par les CL portaient sur le jugement professionnel, l'alimentation, le confort et les commodités, la sécurité des biens personnels, le respect de la personne, l'attitude de certains intervenants et la communication avec l'entourage. À la suite d'un examen, les CL ont émis des mesures correctives qui visent les objectifs suivants :

- évaluation des besoins des usagers;
- information et sensibilisation des intervenants;
- amélioration des communications;
- encadrement des intervenants.

Le constat suivant, quant au nombre de rapports reçus des établissements privés conventionnés et privés non conventionnés, nous laisse perplexe étant donné le nombre de plaintes reçues antérieurement. Alors qu'en 2004-2005, il y avait eu 121 plaintes et qu'en 2005-2006 il y en avait eu 98, en 2006-2007 il y a eu 10 plaintes et 3 demandes d'assistance.

Outre les plaintes et objets mentionnés ci-dessus, après vérification avec la centrale de SIGPAQS, il y aurait 3 plaintes et 3 demandes d'assistance pour lesquelles nous n'avons pas obtenu de données. Par ailleurs, il est à noter que plusieurs établissements n'utilisent pas le système informatique alors qu'ils pourraient l'utiliser et certains autres n'ont pas adhéré au système.

Finalement, nous espérons que la situation sera corrigée pour 2007-2008 à la suite des ententes conclues par ces établissements avec des CL et des ME pour le traitement de leurs plaintes, ce qui nous permettra d'avoir le portrait réel de la situation dans les CHSLD privés conventionnés et non conventionnés.

CONCLUSION

Le bilan des activités du commissaire régional montre que les demandes d'assistance et de consultation ont constitué une part importante des activités de l'année. Tout porte à croire que ces chiffres ne diminueront pas, bien au contraire. En effet, la population s'adresse à lui lorsqu'elle nécessite de l'information et de l'aide pour avoir accès à un soin ou à un service. Ces demandes exigent de la recherche, des références, et dans certains cas, un suivi. Dans un contexte de ressources limitées, il faudra procéder à de fréquents exercices de priorisation de l'ensemble des requêtes afin de maximiser les résultats tout en gardant le cap sur la qualité du service à la clientèle.

Pour ce qui est des plaintes et des interventions, bien que le nombre ait augmenté de façon significative durant l'année, l'exercice 2007-2008 sera déterminant pour établir le seuil du niveau de service de référence et du traitement des plaintes depuis l'adoption du projet de loi 83 et de la modification de plusieurs dispositions législatives de 2006. Il s'agira du premier exercice complet depuis la mise en vigueur de la Loi et non d'une année de transition.

Les quatre secteurs d'activité visés par les mesures du commissaire dressent un portrait global des objets sur lesquels les instances visées devront concentrer leurs efforts d'amélioration. On constate que pour les services préhospitaliers d'urgence et pour l'Agence, le motif principal d'insatisfaction de la clientèle est sans aucun doute l'accessibilité aux soins et aux services. Pour les organismes communautaires, ce sont les relations interpersonnelles qui posent problème, tandis que pour les résidences privées pour personnes âgées, les objets de plaintes sont reliés majoritairement à l'organisation du milieu et des ressources matérielles. L'analyse des objets de plaintes dans plus de 82 plaintes traitées a permis au commissaire d'émettre 27 recommandations aux instances visées. Au 31 mars 2007, celles-ci avaient accepté 92 % des mesures suggérées, les autres étant encore à l'étude.

Pour ce qui est des interventions initiées par le commissaire et sur l'avis d'un tiers, la plupart était reliée à l'organisation du milieu et des ressources matérielles ainsi qu'aux relations interpersonnelles. Dans les quatre secteurs visés, les 13 mesures correctives suggérées par le commissaire ont été appliquées à 98 % et seulement 2 % étaient à l'étude à la fin de l'exercice.

En définitive, pour l'année 2007-2008, le défi pour le commissaire régional demeurera d'être en mesure d'effectuer ses activités de façon efficiente vu le volume de celles-ci et de voir à mettre en œuvre des stratégies de suivi et de collaboration avec les instances du secteur privé visé. Le succès de cette initiative permettra sans doute aux groupes responsables d'anticiper les sources d'insatisfaction, de les résoudre de façon proactive et ainsi d'éviter la récurrence d'objets de plaintes.

Établissements

L'exercice 2006-2007 est une année charnière pour l'application du nouveau régime de plaintes dans les établissements de la Montérégie dont les effets se prolongeront au cours des prochaines années. Entre autres, nous observons, au niveau régional, qu'il y a eu une augmentation du volume des plaintes avec des objets qui diffèrent selon les établissements et selon les services qu'ils offrent à la population.

Ainsi, pour une population de 1 364 287 personnes pouvant utiliser les services de santé et les services sociaux, 2 052 usagers ont déposé une plainte. De ce nombre, seulement 56 personnes ont utilisé un deuxième recours pour être entendu, les autres étant satisfaites de la réponse du CL ou du ME. Dans l'ensemble, ce sont les mêmes objets qu'en 2005-2006 qui ont donné lieu à des plaintes, soit l'accessibilité et les soins et services dispensés. Au total, 1 102 mesures correctives ont été appliquées visant principalement l'information, la sensibilisation des intervenants et leur encadrement ainsi que l'amélioration des communications.

Une augmentation du volume des plaintes a été constatée dans les CH et les CR par rapport aux années précédentes, tandis qu'il s'agit d'une diminution dans les CLSC, les CJ et les CHSLD. Par contre, les objets de plaintes diffèrent selon la mission. Dans les CH, en 2004-2005 et 2005-2006, ce sont les soins et services dispensés qui ont été les causes principales de plaintes, alors que pour l'année 2006-2007, il s'agit de l'accessibilité. Il faut noter qu'il y a eu plus de 667 mesures correctives élaborées dans les CH.

Dans les CLSC, les objets de plaintes variaient d'une année à l'autre. Alors qu'en 2005-2006, c'était l'aspect financier qui constituait l'ensemble des objets, en 2006-2007, c'est l'accessibilité qui est l'objet de plaintes le plus fréquent. Cette année, 174 mesures correctives ont été élaborées dans ce secteur.

Pour les CHSLD, les CJ et les CR, les principaux objets de plaintes demeurent les soins et services dispensés et ils ont respectivement donné lieu à 79, 22 et 49 mesures correctives.

En ce qui concerne les établissements privés conventionnés et non conventionnés, les statistiques montrent une diminution importante des plaintes par rapport aux années précédentes; résultat on ne peut plus surprenant étant donné la tendance contraire observée dans le secteur public. Il est fort probable que l'arrivée des CL à la fonction exclusive et des ME dans les milieux soit un élément pouvant expliquer en partie cette diminution du nombre de plaintes.

Finalement, les augmentations du volume de plaintes observées en 2006-2007 et les mesures correctives émises témoignent du fait que le réseau des CL et des ME fait preuve d'une efficience certaine dans le traitement des plaintes. Toutefois, les données disponibles restent encore quelque peu imprécises quant au suivi et à l'application des mesures correctives recommandées par les CL et les ME.

En 2007-2008, il faudra, lors des rencontres du comité régional des commissaires en Montérégie, réfléchir à des moyens à instaurer afin d'obtenir des données régionales plus significatives, et ce, malgré les lacunes de SIGPAQS, et voir, d'un point de vue régional, comment les CL et les ME pourraient contribuer encore mieux à l'amélioration de la qualité des services.

ANNEXE I
NOMENCLATURE DES ÉTABLISSEMENTS ET DES INSTALLATIONS PAR MISSION

Centres hospitaliers (CH)

CSSS Haut-Richelieu–Rouville
- Hôpital du Haut-Richelieu

CSSS de la Haute-Yamaska
- CH de Granby

CSSS La Pommeraie
- Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins

CSSS Richelieu-Yamaska
- Hôpital Honoré-Mercier

CSSS du Suroît
- Hôpital du Suroît

CSSS du Haut-Saint-Laurent
- Hôpital Barrie Memorial

CSSS Jardins-Roussillon
- Hôpital Anna-Laberge

CSSS Pierre-Boucher
- Hôpital Pierre-Boucher

CSSS de Sorel-Tracy
- CH Hôtel-Dieu de Sorel

Centre affilié universitaire et régional
- Hôpital Charles LeMoyne

Centres locaux de services communautaires (CLSC)

CSSS Champlain
- CLSC Saint-Hubert
- CLSC Samuel-de-Champlain

CSSS du Haut-Saint-Laurent
- CLSC d'Huntingdon

CSSS Jardins-Roussillon
- CLSC Châteauguay
- CLSC Kateri
- CLSC Jardin-du-Québec

CSSS La Pommeraie
- CLSC La Pommeraie

CSSS de Sorel-Tracy
- CLSC du Havre

CSSS de Vaudreuil-Soulanges
- CLSC La Presqu'Île

CSSS Haut-Richelieu–Rouville
- CLSC du Richelieu
- CLSC Vallée des Forts

CSSS de la Haute-Yamaska
- CLSC de la Haute-Yamaska

CSSS Pierre-Boucher
- CLSC Longueuil-Ouest
- CLSC Simonne-Monet-Chartrand
- CLSC des Seigneuries

CSSS Richelieu-Yamaska
- CLSC des Maskoutains
- CLSC de la MRC d'Acton
- CLSC des Patriotes

CSSS du Suroît
- CLSC Salaberry-de-Valleyfield et CLSC de Beauharnois

Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

CSSS Champlain
- Centre Champlain
- Centre Henriette-Céré
- Centre Saint-Lambert

CSSS du Haut-St-Laurent
- CHSLD comté d'Huntingdon
- CHSLD d'Ormstown

CSSS Jardins-Roussillon
- CHSLD Châteauguay
- CHSLD La Prairie
- CHSLD Saint-Rémi

CSSS La Pommeraie
- CHSLD Bedford
- CHSLD Cowansville
- Foyers Farnham
- Foyer Sutton

CSSS de Sorel-Tracy
- CHSLD du Bas-Richelieu

CSSS de Vaudreuil-Soulanges
- CHSLD Côteau-du-Lac
- CHSLD Laurent-Bergevin
- CHSLD de Rigaud
- CHSLD Vaudreuil

CSSS Haut-Richelieu–Rouville
- Centre Georges-Phaneuf
- Centre Gertrude-Lafrance
- Centre Rouville
- Résidence Champagnat

CSSS de la Haute-Yamaska
- Centre Lucie-Penelle
- Centre Villa Bonheur
- Centre Waterloo

CSSS Pierre-Boucher
- CHSLD du Littoral
- CHSLD de Longueuil

CSSS Richelieu-Yamaska
- CHSLD Andrée Perrault
- CHSLD Hôtel-Dieu-de-Saint-Hyacinthe
- CHSLD Marguerite-Adam
- CHSLD Montarville
- CHSLD MRC-d'Acton

CSSS du Suroît
- CHSLD Cécile-Godin
- CHSLD docteur-Aimé-Leduc

Centre jeunesse (CJ)

Centre jeunesse de la Montérégie

Centres de réadaptation (CR)

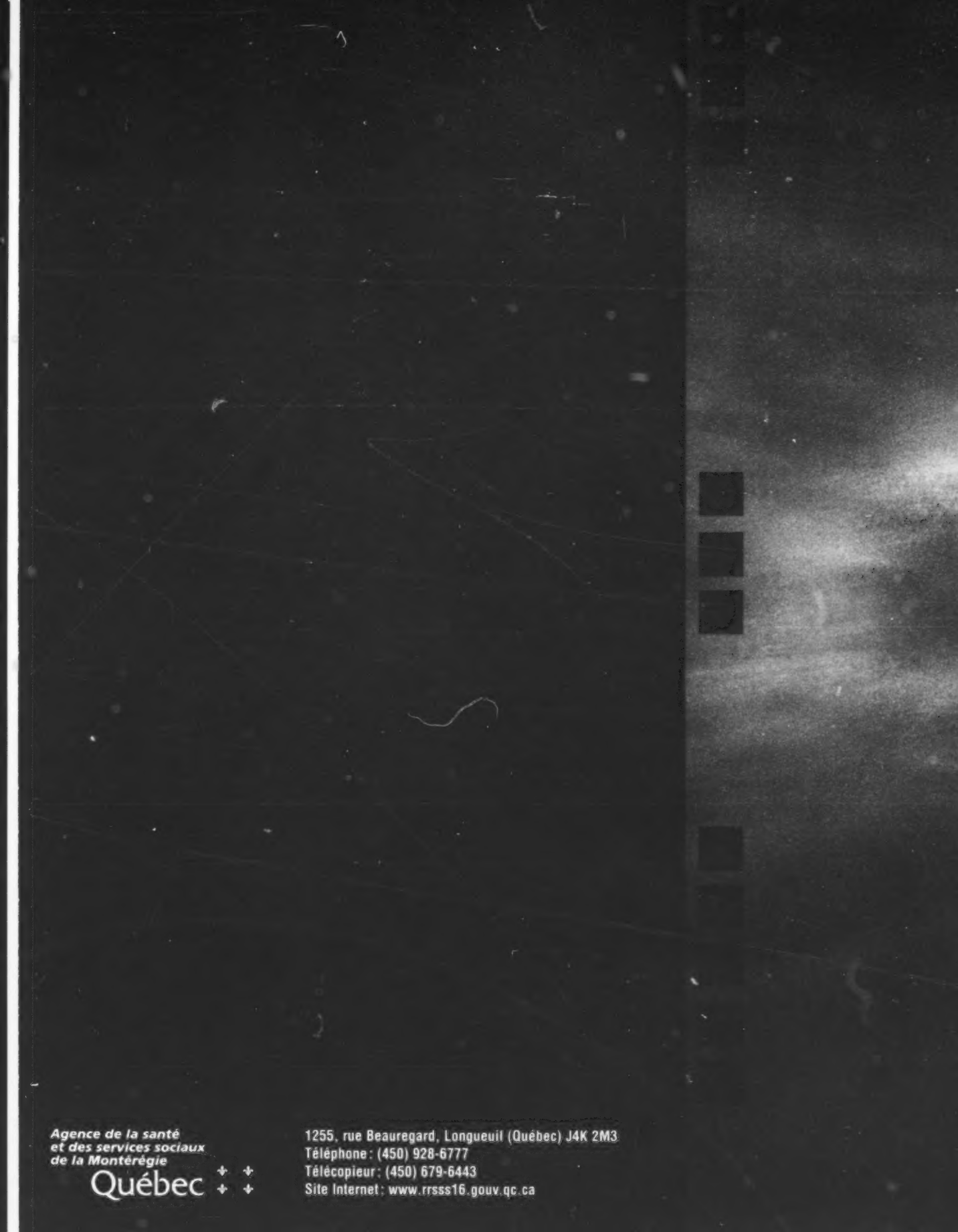
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Montérégie-Est
Centre de réadaptation Le Virage
Services de Réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort
Centre montérégien de réadaptation
Institut Nazareth et Louis-Braille
Pavillon Foster (établissement privé)
Step-by-step early learning day Center (établissement privé)

Centres d'hébergement et de soins de longue durée privés conventionnés

Accueil du Rivage
Centre gériatrique Courville
Centre d'hébergement Champlain-Beloeil
Centre d'hébergement Rive-Sud
CHSLD Montérégie
Florence Groulx inc.
CA Marcelle-Ferron
CH Kateri-Memorial
Centre d'hébergement Châteauguay
CHSLD Jean-Louis Lapierre inc.
CHSLD Vigi Brossard
Résidence Sorel-Tracy

Centres d'hébergement et de soins de longue durée privés non conventionnés

Accueil Saint-Laurent
Centre soins de la Gare
Maison des aînés
Manoir Soleil
Résidence du Parc
Bourg-Joli
IAKHIHSOHTHA Lodge
Manoir Harwood
Oasis Fort Saint-Louis



Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
Québec

1255, rue Beauregard, Longueuil (Québec) J4K 2M3
Téléphone : (450) 928-6777
Télécopieur : (450) 679-6443
Site Internet : www.rrsss16.gouv.qc.ca